

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 avril 1895, à 1 heure

Par GEORGES CLÉMENT

Né à Fresnes-les-Rungis (Seine), le 18 janvier 1869

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LE

RAPPORT DES AFFECTIONS DES FOSSES NASALES

Avec les organes respiratoires inférieurs

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. { KIRMISSON, professeur.
JALAGUIER, DELBET, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

= THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 avril 1895, à 1 heure

Par GEORGES CLÉMENT

Né à Fresnes-les-Rungis (Seine), le 18 janvier 1869

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LE

RAPPORT DES AFFECTIONS DES FOSSES NASALES

Avec les organes respiratoires inférieurs



Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. { KIRMISSON, professeur.
JALAGUIER, DELBET, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE
	STRAUS.
Clinique médicale.	G. SEE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'en a ni leur donner aucune approbation ni improbation.

ÉTUDE CLINIQUE
SUR LE RAPPORT
DES AFFECTIONS DES FOSSES NASALES

Avec les organes respiratoires inférieurs

I

AVANT-PROPOS

« Le nez, dit M. Ruault (1), est avant tout l'organe de
« défense des voies respiratoires plus profondes; c'est,
« selon l'heureuse expression de M. François Franck,
« une sentinelle respiratoire ».

En effet, outre le rôle de filtre qu'il joue vis-à-vis des
éléments nuisibles de l'atmosphère qu'il arrête au passage,
l'avant nasal, comme la cavité buccale, a l'avantage

1. *Leçons inédites sur les maladies du nez* (Th. de Balme,
1888).

d'élever la température de l'air extérieur en le forçant à faire un détour pour arriver jusqu'aux bronches.

On comprend facilement que les personnes atteintes de lésions compromettant l'une ou l'autre de ces fonctions, doivent en ressentir la fâcheuse influence sur leur appareil respiratoire sous-jacent.

Les voies aériennes, la bouche et surtout le nez sont les portes d'entrée ordinaires par lesquelles les causes morbides se propagent aux organes respiratoires inférieurs.

En suivant la route large et toujours libre qu'ils trouvent devant eux, les agents septiques font naître de haut en bas les pharyngites, les laryngites, les trachéo-bronchites et enfin les broncho-pneumonies. Aussi ne saurait-on trop insister sur les pratiques modernes d'antisepsie rigoureuse des cavités naturelles dans le but de réaliser la meilleure prophylaxie des affections bronchiques ou broncho-pulmonaires chroniques.

Pour insister davantage sur ce retentissement des affections nasales sur les organes de la respiration, il nous a paru intéressant de joindre nos observations personnelles à celles, nombreuses déjà, publiées par les différents auteurs.

Nous avons eu l'heureuse fortune d'avoir un champ d'études des plus vastes, et, surtout, d'y pouvoir puiser tout à notre aise.

Notre excellent maître et ami, le Dr Cuvillier, dont nous sommes l'assistant à la clinique depuis trois ans, n'a cessé durant ce temps de nous témoigner sa sympathique affection. Il nous a initié à la pratique des examens oto-laryn-

gologiques et guidé dans la rédaction de notre travail. Nous l'en remercions bien sincèrement.

M. le professeur Terrier, en acceptant la présidence de notre thèse, nous donne une preuve nouvelle de l'intérêt dont il nous a toujours honoré pendant les deux années d'externat que nous avons passées dans son service. Que MM. Peyrot, Blum, Saint-Germain, Gérin-Roze, Talamon et Gaillard-Lacombe que nous avons encore eus pour maîtres dans les hôpitaux, veuillent bien croire à notre vive gratitude pour le précieux enseignement qu'ils nous ont donné.

Nous n'oublions pas non plus que le D^r Porak nous a appris l'art des accouchements et le D^r Hallopeau les principes de la dermatologie. Que tous deux acceptent ici ce faible témoignage de notre reconnaissance.

Notre travail est le résultat des observations cliniques que nous avons relevées au cours de l'année 1894, à la clinique du D^r Cuvillier.

Nous avons pu, sur les mille et quelques malades nouveaux venus pour consulter durant cette période de temps, enregistrer près de deux cents cas de lésions nasales, de différente nature, coïncidant avec des troubles divers des organes respiratoires inférieurs, sur lesquels elles nous ont paru avoir un retentissement direct.

Nous chercherons à établir dans quelles proportions, chacune des principales affections signalées a fait sentir son influence; parmi celles-ci, quelles sont, par ordre de fréquence, celles qu'il nous a été donné de rencontrer le plus souvent; et aussi quelles manifestations pathologiques les plus ordinaires elles ont provoquées.

II

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DES FOSSES NASALES

Situées au-dessous et en dedans des deux cavités orbitaires, au-dessus de la voûte palatine, entre les deux sinus maxillaires, les fosses nasales mesurent 0,05 centimètres dans leur diamètre vertical le plus long, c'est-à-dire du conduit palatin antérieur à l'épine nasale du front; 0,07 à 0,08 centimètres d'avant en arrière, et transversalement 0,015 millimètres en bas et 0,002 ou 0,003 millimètres en haut.

Leur forme est celle d'une pyramide triangulaire à sommet tronqué supérieur. La cloison médiane qui les divise permet de leur considérer une voûte, un plancher, une face interne et une face externe que tapisse dans toute leur étendue la membrane muqueuse.

La *voûte* très étroite et assez longue forme une gouttière antéro-postérieure à concavité inférieure; elle est constituée d'avant en arrière par les os propres, la lame criblée de l'ethmoïde, le corps du sphénoïde, les ailes du vomer et l'apophyse sphénoïdale du palatin.

Il faut remarquer que les nombreux orifices de la lame criblée sont autant de portes d'entrée pour l'inflammation qui peut par cette voie se propager du nez aux méninges.

Le *plancher* offre une légère pente d'avant en arrière; il est formé par l'apophyse palatine du maxillaire supérieur et la lame horizontale du palatin.

La face interne ou *cloison* des fosses nasales, dont le squelette osseux comprend le vomer et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde est complétée par le cartilage triangulaire.

Des causes diverses, et surtout la syphilis et la scrofule (Trélat, Verneuil) ont été invoquées pour expliquer les épaissements de ce cartilage, qui peuvent déterminer une obstruction complète des fosses nasales (1). D'autre part, il faut rappeler que la cloison médiane est souvent déviée et quelquefois au point de rétrécir notablement l'une des deux cavités. La conséquence de ce vice anatomique est une diminution de la respiration par le nez.

Le périoste facilement décollable est recouvert par la muqueuse pituitaire qui n'adhère elle-même que faiblement à la charpente osseuse.

L'étude de la *face externe* ou latérale est rendue plus complexe par la présence des saillies et des dépressions qu'on y rencontre. Les cornets qui y prennent naissance sont trois lamelles osseuses s'enroulant autour d'un axe fictif en forme de volutes; leur rôle dans la pathologie des fosses nasales est tellement important que nous croyons devoir insister davantage sur leur description.

1. Miot (*Semaine médicale*, 1888).

Ils divisent la face externe en trois étages superposés : le supérieur, le moyen et l'inférieur. Ils se dirigent d'abord en dedans, puis en bas, formant par l'ensemble de leur courbe une concavité regardant en dehors.

Entre chaque cornet et la paroi latérale qui le supporte, existe une cavité appelée méat. Ces méats sont donc également au nombre de trois : le supérieur, le moyen et l'inférieur. Ils sont intéressants à cause des orifices qui viennent s'y ouvrir.

Le cornet supérieur dépend de l'éthmoïde et se confond en avant avec le cornet moyen, oblique de haut en bas et d'avant en arrière, il se termine, après un court trajet, en avant du corps du sphénoïde. Le méat supérieur qui se trouve immédiatement au-dessous de lui est aussi très peu accessible à la vue et aux interventions chirurgicales, on y voit le trou sphéno-palatin et l'ouverture des cellules ethmoïdales postérieures.

Le cornet moyen, émanation de l'éthmoïde, se dirige presque verticalement en haut. Son enroulement est très marqué et l'espace minime qui le sépare de la cloison constitue la fente olfactive. La forme et le volume du cornet moyen sont sujets à de fréquentes variations. Son extrémité antérieure surtout est le siège de dilata-tions ampullaires, qui par leur développement, peuvent arriver au contact de la cloison et restreindre ainsi notablement le champ de la respiration nasale. Cette anomalie, maintes fois constatée, a donné lieu à des erreurs de diagnostic, suivies d'interventions chirurgicales inutiles, sinon dangereuses.

Le méat moyen, en raison des orifices qu'il porte : les

cellules ethmoïdales antérieures, le sinus frontal et le sinus maxillaire viennent s'y ouvrir; en raison également de la forme évasée qu'il offre à sa partie antérieure, présente un grand intérêt chirurgical.

Le cornet inférieur, formé par un os spécial, présente un bord libre qui descend plus ou moins bas vers le plancher des fosses nasales dont il est distant d'environ un centimètre et demi. Sa ligne d'insertion, qui figure assez bien une sorte d'S italique allongée, fait à son point de jonction avec la face externe une gouttière que Triquet conseille de suivre dans le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Son extrémité antérieure s'avance jusqu'à deux centimètres environ en arrière de l'entrée des narines. Son extrémité postérieure est contiguë à l'ouverture pharyngienne de la trompe, et cette disposition explique les inflammations de voisinage consécutives aux cautérisations exagérées de la queue du cornet inférieur.

A la partie supéro-antérieure du *méat inférieur*, le plus large des trois, débouche le canal nasal ayant l'aspect, tantôt d'une fente, tantôt d'un orifice circulaire. Richet signale à cet endroit un repli muqueux en forme de valvule qui empêcherait la pénétration de l'air dans les voies lacrymales pendant l'action de se moucher ou de faire un effort.

La *muqueuse pituitaire* tapisse les fosses nasales dans toute leur étendue. Cette membrane diffère suivant qu'on la considère dans sa portion supérieure ou olfactive, ou bien dans sa portion inférieure ou respiratoire.

Au point de vue embryologique et physiologique d'ailleurs, ces deux portions sont bien distinctes.

La muqueuse respiratoire, dont nous voulons seulement parler ici, comprend les méats inférieur et moyen.

Très mince pour certains auteurs, Sappey en particulier (car on ne doit pas la confondre avec la couche glandulaire sous-jacente), remarquable par son épaisseur, suivant d'autres, puisque, même à l'état exsangue, elle peut atteindre quatre millimètres, elle possède un riche plexus veineux, particulièrement sur le cornet inférieur où son abondante vascularisation lui donne l'aspect d'un tissu caverneux.

L'extrémité postérieure du cornet inférieur dépasse même quelquefois les limites osseuses qui lui sont propres et fait saillie en arrière, tant sa muqueuse est gorgée de sang, semblant ainsi se prolonger jusque dans le pharynx nasal.

Dépourvue de papilles, tapissée d'un épithélium cylindro-vibratile, quelquefois stratifié, la muqueuse pituitaire renferme de nombreuses glandes acineuses, tubulées et en grappes pour Bowman, uniquement en grappes pour Sappey et Remy. Abondantes surtout au voisinage du cartilage de la cloison et du cornet inférieur, ces glandes offrent à l'œil nu des orifices multiples qui criblent la surface libre de la muqueuse, et laissent échapper un mucus liquide, normalement visqueux à l'état pathologique, qui la protège contre l'influence de l'air extérieur en prévenant les fâcheux effets de l'excessive évaporation dont elle pourrait devenir le siège.

Cependant pour certains auteurs (1), il existe dans la muqueuse nasale un tissu érectile situé sur les cornets et sur la cloison.

Sa nature semblerait nettement démontrée par : son développement, d'une part ; en effet, des capillaires apparaissent sur son futur emplacement et prennent l'aspect caverneux ; par sa structure, d'autre part : les capillaires, recouverts d'un endothélium, forment un ensemble limité par des trabécules autour d'un tissu musculaire mince ; par la physiologie enfin, qui nous montre ce tissu devenir le siège d'un gonflement sous l'influence de certaines excitations.

« Chez l'homme (2) la place de ce tissu érectile est
« exactement sous l'épithélium de la muqueuse, le réseau
« est superficiel, étroit à la surface, plus large dans les
« parties profondes.

« Il y a connexion étroite entre les fonctions génératri-
« ces et la turgescence de ce tissu ; peut-être chez les
« animaux une action réflexe le fait-elle entrer en érec-
« tion à l'époque du rut. Tout ce qui amène congestion
« ou anémie de la face produit une turgescence ou une
« flaccidité du tissu érectile pituitaire.

Isch-Wall (3) a insisté d'une façon toute particulière sur l'existence et la physiologie de ce tissu, déjà étudié par Zuckerkandl, Hack, Frankel et Mackensie.

Sa localisation, d'après l'auteur, est établie par plu-

1. Voir Sappey, Piliot.

2. Arviset. Thèse de Lyon, 1887.

3. Voir *Progrès médical*, 1887, n. 37 et 38.

sieurs anatomistes autorisés. « La surface des cornets présente cet aspect spongieux qui la caractérise », dit Cruveilhier. Kolliker est encore plus précis et signale des « réseaux veineux très riches et comme caverneux, surtout au bord libre et à l'extrémité postérieure du cornet inférieur ».

Isch-Wall recherche si « l'on peut faire entrer les corps caverneux des fosses nasales dans la définition des systèmes érectiles en général » ; et ayant vérifié la partie anatomique de la question, il en fait la preuve physiologique par l'étude des fonctions normales des tissus vasculaires des fosses nasales.

Et d'abord, y a-t-il érection vraie de ces tissus ?

Mackensie a enregistré le fait à l'état de santé chez des femmes au moment menstruel.

Isch-Wall lui-même a constaté expérimentalement la turgescence de certains points de la pituitaire par l'introduction du spéculum dans le nez de jeunes gens sains qu'il priaient de faire un effort de façon à rendre leur face turgide.

Hering (1) a fait la contre expérience : il fut témoin de la disparition du gonflement des cornets à la suite de peur, d'émotions morales.

Dans la pratique courante, il n'est pas rare de vérifier cette opinion que le malade lui-même confirme.

Si l'érection vraie est rendue impossible, conclut l'auteur, par l'absence de membrane d'enveloppe, la turgescence est nettement démontrée en certaines régions de la pituitaire.

1. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* (1886).

Quel rôle joue ce tissu érectile (1) ? L'auteur insiste d'abord sur les relations physiologiques existant entre la pituitaire et les organes génitaux; puis il ajoute qu'il est « infiniment probable que la turgescence de la muqueuse est destinée d'une part à augmenter la surface qui doit être en contact avec les particules odorantes », et par suite avec l'air inspiré qui se réchauffera d'autant mieux que ce contact sera plus long; « d'autre part à rendre plus sensibles les impressions les plus délicates en hypersthésiant, pour ainsi dire, les terminaisons nerveuses ».

Augmentation de la surface à impressionner, exagération de sa sensibilité, voilà quel est en résumé le double but physiologique du tissu érectile.

Nous devons parler aussi du tissu adénoïde de la muqueuse nasale, dont Zuckerkandl a cité l'existence à l'état normal.

C'est une infiltration lymphoïde soit diffuse, soit sous forme de véritables follicules.

Constitués par un réticulum et une agglomération de cellules lymphatiques, ces follicules existent, soit immédiatement au-dessous de l'épithélium, soit profondément au-dessous du réseau capillaire de la muqueuse.

Ce tissu adénoïde n'est pas le résultat d'une altération morbide de la muqueuse, mais bien une disposition physiologique inconstante chez l'homme : on le rencontre surtout dans le méat inférieur et à sa partie postérieure.

La muqueuse de la cloison contient peu de follicules, mais au contraire du tissu adénoïde infiltré et diffus, for-

1. Legros : *Des tissus érectiles*, 1866.

mé par des fibrilles connectives très fines, entrecroisées dans tous les sens et s'anastomosant entre elles.

Malgré les travaux de Schultze, de Remy (1), sur les cellules nerveuses de la muqueuse nasale, et leurs communications avec les branches de l'olfactif, bien que l'on sache d'autre part que certains filets nerveux viennent du trijumeau et se terminent librement dans les espaces inter-cellulaires, il faut bien avouer que l'accord n'est pas fait entre les divers auteurs sur ce point de l'histologie de la muqueuse nasale.

Avant d'en finir avec la muqueuse pituitaire n'omettons pas de rappeler qu'elle envoie des prolongements dans le canal nasal et dans les sinus, et qu'elle se continue avec la muqueuse du pharynx nasal, à laquelle, pour cette raison, elle transmettra facilement les agents septiques qui l'ont d'abord envahie. Nous verrons plus loin les conséquences de cette continuité de tissu.

Vaisseaux et nerfs.

Les artères émanent de la maxillaire interne et de l'ophthalmique. L'artère sphéno-palatine, branche de la maxillaire interne, envoie un rameau pour la muqueuse de la cloison et trois autres pour chaque cornet. Les ethmoïdales postérieures et antérieures, venant de l'ophthalmique, irriguent la voûte et toute la partie antérieure des fosses nasales.

1. Voir Remy. *Muqueuse des fosses nasales* (Th. agrégation, 1878).

Les veines très nombreuses et de calibre supérieur à celui des artères donnent à la muqueuse un aspect caverneux. Elles forment un plexus variqueux duquel partent des branches qui se portent dans toutes les directions, mais qui donnent naissance à trois groupes principaux. Elles convergent presque toutes vers le trou sphéno-palatin et se jettent dans le plexus veineux de la fosse zygomatique.

Il est intéressant au point de vue clinique de rappeler qu'une partie de ces veines, les supérieures surtout, se rendent par le trou borgne du frontal (veine émissaire cranio-nasale) et par les trous de la lame criblée dans le sinus longitudinal supérieur.

Un fait très important à signaler c'est la communication des veines du pharynx supérieur avec celles des fosses nasales : ainsi s'expliquerait, suivant Trautmann, la stase sanguine dans le tissu caverneux des fosses nasales, lorsqu'il existe des végétations adénoïdes (Potiquet).

Les lymphatiques connus depuis les recherches de E. Simon (1859) et de Panas (1860) forment un réseau très superficiel, d'une extrême ténuité, à grandes mailles irrégulières. Certains d'entre eux se jettent dans un ganglion situé au-devant de l'axis, sur la paroi postérieure du pharynx, au niveau de la limite supérieure du pharynx buccal, d'où, par propagation, infection facile du nez à la muqueuse de l'arrière-cavité et de la trompe d'Eustache.

D'autres vont se rendre dans des ganglions situés au niveau des grandes cornes de l'os hyoïde.

Suivant Axel Key et Retzius, ils communiquent avec

la cavité arachnoïdienne par les gaines des ramifications de l'olfactif.

Les nerfs sont de deux ordres : les uns viennent du lobe olfactif par les trous de la lame criblée, les gouttières et les canaux de l'ethmoïde, les autres sont fournis par la branche ophthalmique et la branche maxillaire supérieure du trijumeau.

Les nerfs du grand sympathique qui se rendent aux fosses nasales ont été étudiées par Fr. Franek. Ils accompagnent les vaisseaux et présentent de riches anastomoses ; ils viennent du ganglion sphéno-palatin et du ganglion ophthalmique.

PHYSIOLOGIE.

Nous ne voulons parler ici que du rôle physiologique respiratoire des cavités nasales : elles prennent dans l'atmosphère ambiante l'air qui doit servir à la respiration pour l'amener aux poumons. Mais cette fonction serait incomplète si elle se bornait simplement à établir une communication de l'extérieur à l'intérieur ; il faut, pour être efficace, que cette transmission s'accomplisse suivant certaines conditions auxquelles répond parfaitement la structure de la muqueuse nasale.

Les poils qui tapissent en tous sens le vestibule des fosses nasales n'ont d'autre but que d'arrêter au passage les impuretés nuisibles entraînées avec l'air inspiré qui les contient.

Ainsi débarrassé des particules grossières qui le souil-

laient, l'air extérieur ne serait pas encore inoffensif pour nos organes respiratoires inférieurs, s'il leur arrivait tel quel. La muqueuse nasale, grâce à sa riche vascularisation réchauffe cet air qu'elle chargera en même temps de vapeur d'eau.

La présence de saillies et de dépressions dans la charpente des fosses nasales force la muqueuse qui la revêt à décrire des replis nombreux qui rendent plus long le chemin que parcourra l'air extérieur. C'est durant ce temps, et grâce à cette disposition spéciale, que le courant d'air inspiré, forcé de se diviser, est notablement ralenti. La muqueuse normalement humide, attache à sa surface les derniers corpuscules nuisibles qui ont échappé au tamis formé par les poils de l'entrée des narines et les arrête ainsi dans leur progression vers la profondeur.

L'abondant plexus veineux du cornet inférieur surtout est bien l'appareil calorificateur, pourrait-on dire, de ce segment du tractus respiratoire; il est en effet si développé, qu'à cet endroit, comme nous l'avons déjà dit, la muqueuse prend l'aspect d'un tissu caverneux. Des recherches d'Aschenbrandt entreprises dans le laboratoire du professeur Fick de (Vurtzbourg), il résulte que l'air extérieur, après avoir traversé les fosses nasales, se trouve porté à une température moyenne de 30 degrés centigrades environ, et qu'il est saturé de vapeur d'eau. La quantité d'eau ainsi soustraite à la muqueuse nasale est à peu près de 500 grammes par 24 heures (Potiquet).

Enfin, pour remplir plus complètement son rôle d'organe protecteur des poumons, la muqueuse nasale est avertie de la présence des corps susceptibles de l'irriter

par une série d'excitations répondant à l'impression des nombreuses ramifications nerveuses qui la sillonnent en tous sens, et se traduisant par des actes d'expulsion : l'éternuement et la toux.

Grâce à l'abondante quantité de sang qui la nourrit, la pituitaire se trouve des plus aptes à jouer efficacement son rôle physiologique complexe ; mais elle peut aussi, par anémie ou par hyperhémie, être mieux préparée pour le développement de certains états pathologiques dont les causes diverses feront l'objet de notre prochain chapitre.

III

PATHOGÉNIE

Les lésions d'origine nasale, qui peuvent avoir une influence nuisible sur les différentes portions de notre appareil respiratoire inférieur, sont aussi nombreuses que dissemblables; néanmoins elles agissent surtout par trois grands mécanismes qui peuvent se résumer dans ces trois propositions :

I. — Obstruction ou sténose mécanique appelant la suppléance de la respiration buccale.

(Nous ne parlons pas ici des occlusions congénitales des orifices antérieurs ou postérieurs. Anomalies d'ailleurs très rares).

II. — Infection par propagation de tissu à tissu.

III. — Névroses réflexes respiratoires dues à une altération de la muqueuse pituitaire.

Dans les observations des malades traités dont nous avons recueilli l'histoire, l'âge et le sexe sont les deux facteurs importants que nous avons toujours soigneusement enregistrés.

C'est ainsi que nous avons eu la tâche facile pour dresser les tableaux suivants avec les 197 cas que nous avons relevés :

Rhinites hypertrophiques.....	62	} 24 hommes 38 femmes
De 10 à 20 ans.....	26 cas	
De 20 à 30 ans.....	16 cas	
De 30 à 40 ans.....	14 cas	
De 40 à 70 ans.....	6 cas	

Si l'âge ne paraît pas avoir une influence très marquée sur l'évolution des hypertrophies de la muqueuse nasale, on voit, d'après les chiffres ci-dessus, que nous avons rencontré cette affection moins souvent dans la seconde moitié de la vie.

Le lymphatisme, plus particulier à l'enfance ou à l'adolescence, peut, dans une certaine mesure, expliquer cette préférence de la maladie pour les jeunes. Et puisqu'au début de la vie, il y a chez certains individus une disposition durable qui rend plus facile et plus fréquent le développement d'affections inflammatoires, catarrhales ou fluxionnaires de la peau ou des différentes muqueuses, cette hypertrophie de la muqueuse nasale que nous avons plus souvent observée avant 20 ans ne trouve-t-elle pas un peu sa raison d'être dans l'existence d'une prédisposition, qui a fait la diathèse ?

Epines de la cloison.....	49	{ 29 hommes 20 femmes
De 10 à 30 ans.....	37 cas.	
De 30 à 60 ans.....	49 cas.	

Elles coïncident ordinairement avec un degré de rhinite plus ou moins marquée.

Cet état concomitant de la muqueuse s'explique facilement par le contact prolongé des mucosités nasales retenues dans la cavité obstruée par l'anomalie de la charpente osseuse ou cartilagineuse, rendant le moucher sinon impossible, presque toujours difficile et incomplet.

Polypes muqueux.....	28	{ 17 hommes 11 femmes
----------------------	----	--------------------------

Nous faisons remarquer que nous n'avons rencontré les polypes muqueux que huit fois seulement chez des individus âgés de moins de 40 ans, et vingt fois au-delà de cet âge.

Le plus jeune de nos malades avait 13 ans et le plus vieux 69 ans. Cette question de l'âge est intéressante au point de vue de ses rapports avec la marche et le pronostic de l'affection : certains auteurs en effet admettent que la tumeur une fois enlevée a plus de tendance à se reproduire rapidement chez les sujets jeunes (1).

Nous notons de même, sans y insister, que dans 15 de nos observations, les polypes occupaient les deux cavités, 6 fois la fosse nasale droite et 7 fois la gauche seule.

1. Luc. *Union médicale*, 1887.

Déviations de la cloison.....	19	13 hommes 6 femmes
De 10 à 30 ans.....	12 cas	
Au-dessus de 30 ans.....	7 cas	

Cette plus grande fréquence dans la première moitié de la vie ne nous surprend pas, car nous savons que c'est l'exception quand chez l'adulte la cloison occupe exactement le plan médian.

La cause de ces déviations est peu connue. D'après Zuckerkandl, la cloison est médiane et perpendiculaire jusqu'à 7 ans. On a incriminé le traumatisme, et cette cause pourrait bien expliquer pourquoi les hommes y sont plus exposés que les femmes: ceux-ci, en effet, sont moins à l'abri que celles-là, des violences extérieures, des chocs, etc.

Le fait de dormir du même côté pourrait aussi amener une courbure du nez à concavité dirigée du côté opposé (Moldenhauer).

Rhinites atrophiques..... 73

Sur ce chiffre, nous en avons trouvé 39 avec lésions secondaires se répartissant comme suit :

Avec lésions du pharynx.....	27
Avec lésions du pharynx, du larynx et de la trachée...	12

Femmes		Hommes	
Avant 10 ans	2 fois.....	2 fois	
de 10 à 20	8 »	3 »	
de 20 à 30	7 »	3 »	
de 30 à 40	5 »	7 »	
de 40 à 60		2 »	

Comme le montre le tableau ci-dessus, nous avons rencontré l'affection plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant ou le vieillard.

Nous avons 17 cas masculins, contre 22 féminins ; ce qui peut surprendre, étant donné que la femme, plus méticuleuse dans son hygiène de tous les jours, et nous pouvons bien le dire aussi, plus coquette que l'homme, cherchera davantage à corriger l'odeur fétide qu'elle exhale dès que ce fâcheux inconvénient lui aura été signalé.

L'étiologie intime de l'ozène est encore bien obscure : l'hérédité, la scrofule, ont une influence qui a été exagérée. La syphilis crée une prédisposition manifeste, mais ne peut pas faire l'ozène de toutes pièces ; et cela est si vrai que l'on fait le diagnostic différentiel entre l'ozène simple et l'ozène syphilitique.

En terminant ce chapitre, nous devons dire que la clientèle à laquelle nous nous sommes adressés est exclusivement ouvrière, se trouvant par conséquent dans des conditions hygiéniques plus ou moins défectueuses et plus exposée que toute autre aux atteintes des agents septiques extérieurs.

IV

OBSTRUCTIONS MÉCANIQUES

Voyons maintenant comment du nez l'affection primitive influencera successivement le pharynx, le larynx, la trachée et les bronches; et examinons, dans ces différentes régions, les lésions fréquentes imputables à cette cause morbide.

Il est nécessaire tout d'abord de faire une distinction entre les divers accidents de la respiration dus à une origine nasale; et nous allons insister à ce propos sur un point que nous n'avons fait qu'établir à la pathogénie.

Il ne faut pas confondre les altérations de la muqueuse proprement dite consécutives à la propagation par continuité ou contiguité d'une inflammation vraisemblablement sous la dépendance d'une infection locale, avec les troubles réflexes, ou bien encore avec ceux qui ne reconnaissent pour cause qu'une obstruction plus ou moins complète des voies nasales.

Il y a là trois grandes considérations dont on peut

déterminer la part respective et nous allons nous efforcer de le démontrer.

Nous nous occuperons tout d'abord des affections des voies respiratoires consécutives aux sténoses nasales, c'est-à-dire nous allons examiner comment agissent successivement sur le pharynx, le larynx et les bronches, les causes vraies d'obstruction du nez.

Ce sont par ordre de fréquence :

1° La simple hypertrophie de la muqueuse nasale, caractérisée par l'épaississement de cette membrane au niveau surtout des cornets inférieurs, et la rhinite hypertrophique.

2° Les polypes muqueux et les dégénérescences polypoides de la muqueuse.

3° Les épines et les déviations de la cloison, d'origine constitutionnelle ou traumatique; et les luxations de la portion cartilagineuse de la cloison sur le vomer.

4° Les atrésies d'origine syphilitique et tuberculeuse.

5° Les tumeurs malignes en général.

Quant à la sténose par corps étrangers, nous n'en parlerons pas, parce qu'elle n'est que temporaire.

Dans cette énumération, nous sommes obligés, pour être complet, de parler d'affections au cours desquelles l'obstruction des voies nasales n'est qu'un phénomène de très minime importance : dans le polype naso-pharyngien, par exemple, et dans toutes les tumeurs malignes à marche envahissante, il est évident qu'après un certain temps la tumeur elle-même se sera développée et aura entraîné des troubles fonctionnels tels que la gêne de la respiration

ne sera plus qu'un symptôme secondaire à condition toutefois que la tumeur n'obstrue pas entièrement les orifices respiratoires. Il n'en est pas moins vrai, qu'au début notamment la tumeur agira seulement comme un obstacle mécanique ; à ce moment les signes de retentissement sur le pharynx et la trachée ne seront pas négligeables, car ils pourront nécessiter un examen attentif et mettre dès le principe le médecin en éveil sur la gravité de l'affection.

Pour la même raison, nous écartons les tumeurs adénoïdes, cause si fréquente d'obstruction. En raison de leur siège dans le rhino-pharynx. Mais nous nous en occupons, nous souvenant que la plupart du temps, ainsi que le fait remarquer Baratoux (1), les déviations de la cloison et la rhinite hypertrophique coïncident avec l'exubérance du tissu adénoïde de la région, et pour leur guérison, en exigent l'ablation.

Ces deux facteurs mis à part, nous allons voir que dans presque toutes les affections purement nasales la sténose constitue un accident appréciable en raison surtout de son influence sur l'ensemble de la fonction respiratoire. Il en résulte, en effet, une réduction de la capacité des cavités nasales et par suite une diminution du champ respiratoire.

L'insuffisance du passage de l'air par cette voie entraîne nécessairement la suppléance de la respiration buccale. Or, l'une des fonctions physiologiques du nez consiste, comme nous l'avons vu plus haut, à échauffer

1. *Archives de laryngologie*, 1888.

et à purifier l'air inspiré ; si la perméabilité des fosses nasales est abolie ou diminuée, la bouche reçoit alors directement l'air extérieur et le transmet aux poumons plus sec, plus froid, moins purifié. De là, chez les sujets dont le nez est plus ou moins obstrué, une prédisposition marquée aux affections catarrhales du pharynx, du larynx et des bronches, et souvent aussi à des phénomènes respiratoires spéciaux qui inquiètent surtout par leur soudaineté : je veux parler des suffocations nocturnes et des accès de laryngite striduleuse observés dans certains cas de sténose nasale.

Le simple gonflement catarrhal aigu de la muqueuse, le coryza détermine un boursoufflement congestif des parois qui, joint à la sécrétion muco-purulente plus ou moins abondante, forme un obstacle dont la présence se manifeste bientôt : dans ces conditions, il peut y avoir répercussion sur le pharynx et sur la trachée.

Il faut faire sans doute une large part à la transmission par l'élément infectieux. Il n'en est pas moins vrai qu'elle est favorisée par la sécheresse, la froideur relative de l'air arrivant directement sur le pharynx buccal.

C'est une cause adjuvante qui chez l'adulte n'a pas grande importance. Mais chez le nourrisson, cette sténose d'origine catarrhale revêt un caractère sérieux : en effet, pendant l'allaitement, ces petits êtres se servent exclusivement de la respiration nasale, parce que le mécanisme de la succion veut que les lèvres s'appliquent exactement autour du mamelon, et pendant le sommeil, il en est de même : les enfants au sein ne laissent alors passer que peu ou pas d'air par la bouche, leur langue pen-

dant ce temps s'appliquant avec force contre le palais, d'où dans les deux cas, arrêt complet de la respiration buccale, gêne de la nutrition et pronostic assez fâcheux du simple rhume de cerveau dans la première enfance.

Les considérations précédentes s'aggravent encore chez l'adulte lorsque le gonflement de la muqueuse, au lieu d'être passager, s'établit à l'état permanent.

C'est ce qui se passe dans la rhinite hypertrophique, dans laquelle la muqueuse se présente sous l'aspect d'une tumeur d'un gris rougeâtre, mamelonnée, ou à surface coupée de dépressions parallèles, remplissant plus ou moins le méat inférieur. L'épaississement porte en général sur la face du cornet inférieur qui regarde la cloison ; presque toujours, la quantité du mucus sécrété par jour est augmentée d'une façon notable. Une autre forme de rhinite hypertrophique, qui ne doit pas être passée sous silence, présente une muqueuse de temps en temps remarquablement sèche qui donne aux malades une sensation pénible. M. Châtellier a montré qu'en réalité il s'agissait dans cette affection non plus d'hypertrophie pure et simple, mais d'un processus néoplasique, « d'une transformation myxomateuse de la pituitaire déjà altérée ». Et cette altération peut être assez considérable pour déterminer une oblitération presque complète des cavités ; si bien que la muqueuse n'étant pas d'elle-même susceptible de subir une régression vers l'état normal, l'obstacle devient souvent si prononcé qu'on est réduit à intervenir chirurgicalement pour la destruction de ces tissus hyperplasiés.

C'est donc une cause commune d'obstruction nasale

persistante, et Barth (de Berlin) (1) pense même que c'est la cause la plus habituelle.

L'histologie montre dans la constitution de la muqueuse de la rhinite hypertrophique une analogie assez grande avec le tissu des polypes muqueux (Châtellier).

On admet d'ailleurs ordinairement que ces productions néoplasiques bénignes poussent de préférence sur une muqueuse qui est déjà le siège d'une inflammation catarrhale chronique.

Ces polypes peuvent ne causer aucune incommodité, toutefois ce sont les symptômes d'obstruction qui se révèlent en premier lieu, et ils arrivent parfois à un tel point que non-seulement l'air inspiré, mais encore les produits de sécrétion de la muqueuse ne peuvent plus s'écouler, et que l'on observe des lésions du pharynx nasal produites par la rétention de ces sécrétions.

La simple irritation exercée par un polype nasal sur les muqueuses du voisinage peut faire naître des complications depuis longtemps signalées : de même que les otites moyennes, les laryngites développées dans ces conditions ne sont pas exceptionnelles.

Il en est de même pour les cas de dégénérescence polypoïde de la muqueuse : là également il y a hyperplasie des tissus malades qui revêtent un aspect polypeux.

À côté de ces altérations pathologiques de la membrane de Schneider, les mêmes accidents de gêne nasale peuvent reconnaître pour cause des anomalies de la charpente osseuse ou cartilagineuse du nez : les déformations

1. Société de médecine Berlinoise (Décembre 1887).

de la cloison consécutives à un traumatisme ou à un vice de développement sont susceptibles de diminuer le champ de la respiration nasale et de donner naissance à des troubles plus ou moins graves, suivant qu'il s'agit d'une simple courbure de la cloison sans épaississement ou bien au contraire d'une déviation en zig-zag obstruant à la fois les deux narines (1).

Les épines et les déviations de la cloison sont si répandues que, suivant l'estimation de Lœwenberg, sur 7 cas il n'y en a qu'un où la cloison soit droite dans toutes ses parties.

Baratoux signale une forme de sténose nasale par déviation de la cloison avec développement sur l'une des faces d'une masse cartilagineuse ou osseuse bouchant totalement ou presque la cavité du nez, au point de rendre impossible la respiration par cette fosse nasale. Cette forme se complique souvent de la présence de végétations adénoïdes, nouvelle cause d'obstruction (2).

L'hypertrophie ou la malformation peut siéger également sur le squelette des cornets : nous rappellerons la dilatation ampullaire de l'extrémité antérieure du cornet moyen (Moldenhauer). En forme de tumeur arrondie, elle est souvent assez volumineuse pour venir au contact de la cloison, combler le méat sous-jacent et faire saillie jusque dans le vestibule.

Le rhinosclérome que l'on observe rarement, part du nez, descend peu à peu dans les voies aériennes et gagne

1. Rosenthal (Th. de Paris, 1888).

2. Baratoux (*Archives de laryngologie*, 1888).

le larynx. Les sténoses laryngées qui en sont la conséquence, la trachéotomie qu'elles imposent quelquefois, la broncho-pneumonie secondaire qui peut suivre, sont d'un pronostic très grave (Mikulicz. O. Chiari. Riehl).

La syphilis nasale dans sa forme tardive aussi bien que dans sa forme précoce peut retentir sur le pharynx nasal et y déterminer une variété de sténose. « Lorsque la face postérieure du voile du palais et l'orifice postérieur des fosses nasales sont atteints simultanément, il se produit des adhérences qui amènent une occlusion partielle du pharynx nasal par en bas entraînant des troubles persistants de la respiration et de la phonation » (Moldenhauer).

Le lupus, dans certains cas, constitue dans les narines des ulcérations garnies d'excroissances papillaires rouges dont le pourtour devient le siège d'un gonflement notable de consistance spongieuse. L'obstruction qui en est la conséquence, modifie et altère la respiration nasale.

Telles sont, dans leurs traits caractéristiques principaux, les diverses affections du nez qui, à un moment de leur développement, amènent des phénomènes d'occlusion plus ou moins marquée.

Nous allons maintenant voir quels peuvent être les accidents secondaires de cette sténose sur les voies respiratoires sous-jacentes. Comme nous l'avons déjà dit, les fosses nasales font partie du tractus respiratoire supérieur, et par conséquent, il est nécessaire, pour le fonctionnement normal des bronches et du poumon, qu'elles soient bien perméables et que leur revêtement soit intact. Les faits cliniques confirment cette assertion en montrant

qu'il existe un rapport souvent manifeste, non-seulement entre les affections aiguës du larynx et des bronches, mais encore entre les altérations chroniques de ces organes et des lésions plus ou moins accusées des fosses nasales. On a cité notamment de nombreux exemples de bronchite chronique rebelle cédant facilement après la guérison d'une rhinite chronique jusque-là négligée (Potiquet) (1).

L'obstruction mécanique peut être seule en cause et sa conséquence pathologique porte sur les différentes portions de l'arbre respiratoire. C'est ainsi que dans certains cas de polypes muqueux, par exemple, on observe d'abord de la pharyngite : la paroi bucco-pharyngienne granuleuse et chagrinée est douloureuse à la déglutition et souvent recouverte d'une nappe de mucus résidant le plus habituellement derrière la luette. Il en est de même dans le cours de toutes les obstructions nasales persistantes : il ne s'agit pas là d'une propagation infectieuse, mais bien d'une irritation locale produite expressément par la suppléance de la respiration par la bouche.

A la suite de cette pharyngite ou mieux à côté d'elle, on observe assez souvent une sorte de susceptibilité de la région des piliers et des amygdales déterminant dans quelques cas des poussées d'angine ou d'amygdalite secondaire.

Enfin on peut admettre sans conteste que la pénétration d'un air froid et non réchauffé au contact de la muqueuse pituitaire constitue un état inflammatoire du larynx

1. *Médecine moderne*, 1890.

et de la trachée, origine de ces laryngites et trachéo-bronchites si fréquentes dans l'histoire des obstructions nasales mécaniques.

Ce retentissement nocif peut également se porter sur les bronches elles-mêmes. Bockmann (de Berlin) (1) explique ainsi le rapport pathogénique des maladies du nez déterminant de l'occlusion de l'organe avec certaines formes d'emphysème pulmonaire : « le nez étant bouché, dit-il, les malades sont forcés de dormir la bouche ouverte. Il en résulte le dessèchement de la muqueuse buccale qui se fait sentir dans le pharynx et successivement jusque dans les bronchioles. Comme conséquence, la résistance de frottement que l'air inspiré rencontre, augmente pendant l'inspiration en sorte que le patient doit respirer plus profondément. La même chose a lieu à l'expiration de telle façon que les alvéoles ne se vident pas normalement et qu'il en résulte de l'emphysème pulmonaire et des accès d'asthme. » Il est bon d'ajouter, après la citation, que son auteur est un de ceux qui rejettent l'origine réflexe de l'asthme.

Cette conception est ingénieuse; nous la donnons toutefois sous toute réserve. Elle s'accorde cependant avec ces faits où l'asthme d'origine nasale, coïncidant avec une obstruction totale des cavités, guérit après ablation de l'obstacle.

De même, Carl Michel dit que « les polypes muqueux se compliquent quelquefois de bronchite chronique et d'emphysème. » En effet, l'emphysème résulte de l'aug-

1. Voir la *Médecine moderne*, 1893 (numéro du 29 mars).

mentation de la pression expiratoire ; or, le calibre des voies aériennes supérieures étant diminué par l'obstruction du nez, l'expiration sera troublée dans son mécanisme, il y aura effort, puis emphysème. Egalement Sandmann (de Berlin), cité par M. Marfan, regarde le rétrécissement des fosses nasales par polypes ou rhinite hypertrophique surtout comme une cause commune d'emphysème. Il dit que, pendant le sommeil, la langue formant une sorte de soupape, la respiration buccale n'est plus assez libre pour parer à l'absence totale ou à la diminution de la respiration nasale.

Cette opinion, d'abord combattue par Virchow, Baginski, etc., tend aujourd'hui à être plus volontiers admise ; et de nos jours Joal (1) et Lubet-Barbon la défendent et la soutiennent.

On peut donc admettre que les affections du nez ont, par le fait même de l'occlusion mécanique qu'elles provoquent, une influence considérable sur la genèse et l'évolution de maints états pathologiques des organes respiratoires inférieurs, et ceci nous est une raison d'affirmer que l'on doit, en présence de ces états pathologiques, s'assurer de la parfaite perméabilité des canaux aériens supérieurs, surtout lorsqu'il s'agit d'une affection longue et tendant à la chronicité.

Nous avons constaté par nous-même que la plupart du temps la guérison ne s'obtient que lorsque la cause première, c'est-à-dire l'obstruction nasale, se trouve détruite.

1. *Recherches spirométriques dans les affections nasales* (Revue de laryngologie, 1890).

V

INFECTIONS

Nous avons vu la part qu'il faut réserver à l'obstruction mécanique des fosses nasales dans la pathogénie de certaines affections des voies respiratoires inférieures. Nous allons maintenant examiner comment, dès qu'il existe une inflammation de la muqueuse pituitaire, il s'établit de ce fait une raison de propagation morbide vers le système laryngo-trachéo-bronchique.

En effet, l'inflammation catarrhale de la muqueuse nasale se trouve, les recherches modernes l'ont établi, sous la dépendance d'agents pathogènes microbiens, et il est d'observation banale que la plupart des altérations septiques de la membrane de Schneider se transmettent aux muqueuses du larynx, de la trachée et même des bronches. Cette propagation suit une voie de continuité le long de l'arbre aérien. Au point de vue clinique, c'est ce que l'on observe quand à la suite d'un coryza aigu, le catarrhe gagne le larynx, la trachée et les grosses bronches; quand, pour parler avec le vulgaire, le rhume de cerveau « tombe

sur la poitrine ». Et ce fait est tellement fréquent qu'on ne prête attention au coryza que lorsque la trachéo-bronchite qui « constitue son escorte presque obligée » offre un peu d'intensité (Ruault).

Nous devons chercher la raison de cette transmission microbienne. Nous savons, à l'heure actuelle, que la plupart des affections catarrhales de la muqueuse bronchique à l'état aigu se trouvent sous la dépendance d'un état microbien constant.

Les recherches bactériologiques ont confirmé que les espèces pathogènes qui habitent normalement nos cavités naturelles peuvent sous certaines influences prendre une virulence exceptionnelle et déterminer des accidents généraux. De même qu'il y a des infections bronchiques, il existe également des infections nasales, et l'on sait qu'une infection ne peut rester cantonnée en un point non isolé d'une muqueuse sans avoir tendance à envahir les autres territoires par simple contiguïté des éléments anatomiques atteints.

Il n'existe entre les muqueuses nasale, pharyngienne, laryngo-trachéale et bronchique, aucune solution de continuité, par conséquent aucun obstacle à l'extension de l'infection primitivement locale. L'analogie histologique de ces muqueuses sœurs, pourrions-nous dire, fait comprendre leur facile contagion. D'autres raisons plaident encore en faveur de cette transmission et l'expliquent.

En effet, supposons une rhinite catarrhale d'observation commune ; cette inflammation circonscrite au début va créer un lieu où la virulence des espèces microbiennes vulgaires va se trouver exaltée. Claisse a montré que le

streptocoque qui habite normalement les cavités nasales devient dans l'infection suraiguë très actif, et les lapins inoculés avec ces cultures meurent très rapidement. Le courant d'air physiologique entraîne donc dans ces cas pathologiques, vers les parties profondes du système trachéo-bronchique, des agents infectieux à l'état nocif. C'est ce qui se passerait, d'après quelques contemporains, dans la coqueluche où l'agent pathogène cantonné d'abord dans les fosses nasales, donne ensuite naissance à un catarrhe des grosses bronches, d'origine probablement infectieuse, et même dans certains cas à des accidents de broncho-pneumonie (1). Ne peut-on pas admettre ici que la dissémination microbienne se fait par l'air inspiré? Cette virulence spéciale des agents microbiens des cavités nasales et leur emport par le même phénomène ordinaire de la respiration, sont encore confirmés par ce fait que rien n'existe plus pour contrebalancer leur influence infectieuse. En effet, nous acceptons volontiers que le tissu lymphoïde de la muqueuse nasale a, comme celui de l'isthme pharyngien, une fonction de défense contre l'infection; et que les cellules lymphoïdes et les follicules clos que nous avons mentionnés dans le tissu de la pituitaire ont un rôle phagocytaire.

Or, il n'est pas douteux que cet état physiologique de défense ne subsiste que dans la muqueuse intacte et s'an-

1. On a trouvé dans les foyers broncho-pneumoniques ayant compliqué la coqueluche la même bactérie que Bürger et Afanasieff ont rencontrée dans les crachats et les mucosités nasales des coquelucheux.

nihile dès que celle-ci devient le siège d'un travail inflammatoire quelconque. Pour prendre un exemple, les éléments anatomiques de l'amygdale perdent leur pouvoir macrophage dès que la tonsille est le siège d'un état pathologique. Egalement sur la pituitaire malade, les microbes qu'on y trouve exercent leur action morbide d'autant plus facilement qu'ils ne rencontrent plus la résistance physiologique des éléments naturels de défense compromis eux-mêmes par le processus inflammatoire.

Il s'en suit que le courant d'air passant à travers des cavités nasales en état pathologique emporte non-seulement les éléments septiques locaux, mais encore ceux du dehors qui ne sont plus neutralisés par la fonction défensive anéantie. N'est-ce pas un peu de cette manière qu'il faut expliquer certaines phlegmasies tonsillaires, dégénérant à la longue en amygdalites chroniques, dont la porte d'entrée intra-nasale n'est pas douteuse ? De même ne pourrait-on incriminer un mode de propagation identique dans la production de cette forme de bronchite fibrineuse aiguë encore mal définie que certains auteurs ont notée comme complication du coryza avec herpès labial (1).

L'ensemble de ces considérations est de nature à nous donner une idée pathogénique de la propension si commune des inflammations catarrhales des muqueuses des voies aériennes.

Tout semble se combiner en vue de cette action : transmission par continuité des éléments anatomiques, trans-

1. Model (*Bronchite fibrineuse*) Fribourg, 1890.

port à distance par l'air inspiré, virulence exagérée du microbisme local et enfin abolition des moyens de résistance de la muqueuse contre l'infection.

Les complications laryngiennes et trachéales des lésions du nez sont ordinairement peu graves et ne comportent généralement pas de pronostic sérieux; il en est cependant qui peuvent occasionner des accidents redoutables, et, parmi celles-ci, comptant au nombre des auto-inoculations spécifiques, la diphthérie par exemple, d'origine nasale, qui se complique parfois de fausses membranes glottiques, cas rare d'ailleurs, puisque le plus souvent c'est l'inverse qui se produit. Nous ne voulons pas non plus parler de la blennorrhée de Stork (1) pouvant se propager de la muqueuse nasale à celle des voies respiratoires inférieures.

Le point sur lequel il nous importe d'insister en ce moment, c'est qu'à l'état sain on rencontre dans les habitants normaux des fosses nasales (mucosites et parois) des espèces pathogènes puissantes. A côté des variétés ordinaires et des saprophytes, on note des staphylocoques dorés, des pneumocoques (2) lancéolés et des bacilles encapsulés (Thost-Reimann), et même, d'après les récentes recherches de M. le professeur Strauss, des bacilles de Koch. Les streptocoques s'y rencontrent plus fréquents et plus nombreux que dans la bouche, et Cardone (3) et

1. *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes* (Stuttgart, 1880).

2. Le pneumocoque a été vu la première fois dans le mucus nasal par Netter en 1888 et le bacille encapsulé par Thost en 1886.

3. L'auteur croit à l'identité du coryza à frigore et de la pneumonie (*Archivii italiani di laryngologia*), 1888.

Claïsse (1) ont spécifié que ces espèces pouvaient se trouver en un état de virulence exceptionnelle.

Cette malignité se réveille d'autant mieux dans un milieu inflammatoire ; ainsi dans les cas de coryza aigu, à forme infectieuse, où la recherche des microbes a été faite plus spécialement — depuis les rapports de Cutter et de Salisbury qui décrivirent un parasite jusqu'aux travaux plus récents de Thost, de Cardone et de Hajek — on a rencontré, outre les variétés signalées à l'état sain, le streptococcus pyogènes, le diplocoque de Fraenkel-Talamon et le pneumocoque de Friedlander.

Il n'est donc pas surprenant que nous invoquions dans la pathogénie des affections graves des bronches et du lobule, dans l'étiologie des pneumonies et des broncho-pneumonies, l'influence du microbisme nasal. M. Netter ne dit-il pas que « les microbes qui donnent naissance au plus grand nombre des broncho-pneumonies appartiennent à des espèces que l'on peut rencontrer normalement dans la bouche et les fosses nasales de sujets sains. »

Et de même qu'on institue couramment l'antisepsie de la cavité buccale dans le cours des affections se compliquant souvent d'accidents pulmonaires (rougeole, coqueluche, etc.), de même il est logique de pratiquer également la désinfection méthodique et constante des conduits respiratoires supérieurs et en particulier des fosses nasales.

C'est d'ailleurs aujourd'hui un usage courant dans cer-

1. Thèse de Paris, 1893.

tains hôpitaux, et en particulier dans le service de M. le professeur Grancher, à l'hôpital des Enfants-Malades.

A côté de ces considérations d'ordre général, nous voulons attirer l'attention plus particulièrement sur la fréquence du retentissement sur la gorge et sur le larynx d'une affection de la cavité nasale, dont nous avons recueilli 39 observations intéressantes. Nous voulons parler de la rhinite atrophiante fétide (1), autrement dénommée rhinite chronique fétide ou ozène simple. Cette affection nous présente une fosse nasale agrandie, de dimensions exagérées; la muqueuse qui la tapisse et les os sous-jacents qui en sont la charpente semblent s'être retirés. Les cornets sont diminués de volume, surtout les inférieurs, de sorte que le plancher paraît découvert et que le regard pénètre directement dans le pharynx nasal. La muqueuse est sèche, pâle, quelquefois rouge, elle est constamment dans ses parties postérieure et supérieure recouverte de sécrétions formant des croûtes d'un brun verdâtre, ou bien des amas de pus, jaune vert et visqueux.

A ces signes physiques correspondent des symptômes fonctionnels dont le plus important consiste dans une odeur infecte des produits de la sécrétion et dans l'expulsion de mucosités fétides en forme de bouchon ou de croûtes présentant au plus haut degré les symptômes de la punaisie.

A la suite de cette inflammation locale, on constate

1. Thèse de Paris, 1889 (E. Deumier).

assez souvent des accidents pharyngés, laryngés et même bronchiques.

Du côté du pharynx, on observe une pharyngite sèche surtout limitée à la paroi postérieure qui est pâle, parcheminée, ou bien recouverte d'un enduit épais adhérent qui lui donne un aspect vernissé. Les malades se plaignent non-seulement de sensation de gêne et d'obstruction nasale, mais encore d'un état particulièrement pénible de leur pharynx buccal. L'irritation de toute cette portion de la muqueuse atteinte est encore entretenue et même exaspérée par les râclements violents, les nausées et les envies de vomir que provoque chez le malade le rejet par la bouche des croûtes qui se sont détachées de son nez. La déglutition parfois devient douloureuse; mais, ce qui surtout va nous occuper, ce sont les accidents du côté du larynx et des bronches.

En effet, il est assez commun de constater au cours ou à la suite de l'ozène, un état spécial du larynx (laryngite sèche) « *laryngis ozæna* » de Baginski.

Les cordes vocales sont grises ou rosées, légèrement épaissies et adhérentes dans leur portion antérieure.

Détail à noter. Sur ces cordes vocales ainsi éprouvées, on trouve les mêmes produits de sécrétion que dans les fosses nasales; des croûtes humides de coloration grisâtre, solidement attachées au tissu qui les supporte, qu'elles recouvrent parfois tout entier. Il en résulte des troubles locaux dus à la présence de ces croûtes : à savoir un enrouement intermittent, quelquefois constant (surtout quand la laryngite coïncide avec des parésies musculaires) et une toux fréquente et fatigante qui précède par-

fois l'aphonie complète. Enfin quand la glotte est trop encombrée de productions muco-croûteuses, il peut survenir des accès nocturnes de spasme glottique qui ne cèdent qu'à l'expectoration de crachats verdâtres, visqueux et épais. L'odeur fétide caractéristique de l'ozène nasal se retrouve dans cette laryngite de nature analogue; le rejet des crachats laryngiens s'accompagne d'une punaisie aussi insupportable que celle de l'air expiré par le nez.

Cette laryngite sèche n'est pas admise par certains auteurs, Virchow en particulier; cependant parmi les auteurs modernes, Moure surtout la traite en détail et admet qu'elle ne se présente jamais que sous la dépendance d'une rhinite atrophique primordiale. Nos observations personnelles confirment cette dernière théorie; nous n'avons pas rencontré de laryngite ozéneuse primitive : toujours elle existait simultanément avec un catarrhe sec des fosses nasales.

Bien plus, Gottstein et Rougier rattachent à la classe des laryngites sèches un grand nombre des affections décrites comme laryngites hémorrhagiques.

Pour ces auteurs, la toux consécutive aux efforts que fait le malade pour débarrasser son larynx des croûtes épaisses et adhérentes qui l'encombrent, réveille l'hémorrhagie (Fraënkel, Bôker, Schâffer).

L'affection peut descendre encore et envahir d'autre part la trachée et les bronches.

Dans la région sous-glottique et jusque dans la trachée on peut observer la présence de croûtes fétides et verdâtres qui constituent l'*ozène trachéal*.

Cette variété rare de catarrhe chronique a été signalée par Stork, plus récemment par Fraënkel et bien étudiée par Luc et Ruault (1).

Elle consiste en une inflammation localisée dans la muqueuse trachéale, avec tendance à la suppuration, sécheresse et fétidité des exsudats. Elle succède généralement à une rhinite chronique; mais, une fois établie, il est incontestable qu'elle peut évoluer indépendamment de celle-ci. Dans certains cas même, il est permis de se demander si l'on n'a pas affaire à une ulcération d'origine phymatoïde, à un lupus de la trachée.

L'ozène trachéal se manifeste par une toux continuelle, très forte et pénible, accompagnée d'un cliquetis métallique (toux trachéale); l'expectoration est peu abondante et formée seulement de quelques grumeaux verdâtres, desséchés, très fétides.

L'haleine du malade est également d'une odeur repoussante rappelant celle de l'ozène; mais, si on fait expirer le malade par la bouche, les narines étant fermées, l'air ainsi rejeté est aussi fétide que lorsqu'il sort du nez (ce qui n'a pas lieu dans l'ozène nasal pur). L'auscultation et la percussion ne révèlent rien, mais au laryngoscope on découvre une exulcération trachéale, à surface rouge, inégale et couverte de croûtes desséchées.

Abandonnée à elle-même, cette affection a une durée indéfinie, et peut se compliquer par propagation aux bronches, d'une forme de bronchite fétide. L'expectoration alors, sans être très abondante, peut quelquefois prendre

1. Ozène trachéal (*Archives de laryngologie*), 1887-88-89.

le caractère d'une vomique, dans laquelle on retrouvera les produits pathologiques spéciaux de l'ozène en général.

Cette bronchite fétide aggrave notablement le pronostic de la maladie initiale, en raison surtout des difficultés du traitement qu'elle présente, les moyens généraux étant alors impuissants.

Nous venons d'examiner différentes localisations sur l'appareil respiratoire d'une affection dont le siège primitif a été le nez. La propagation se fait bien dans le sens indiqué précédemment, continuité des muqueuses des voies aériennes et direction du courant de l'air inspiré.

Nous ne croyons pas devoir admettre, avec certains auteurs (Ruault), que les produits pathologiques, observés dans le larynx ou sur la trachée, sont autochtones, nés sur place, et non pas descendus du nez. Les expériences bactériologiques ont montré du reste qu'on retrouve toujours dans ces produits des espèces microbiennes identiques.

Fränkel avait déjà examiné de nombreux micro-organismes dans les sécrétions nasales des ozéneux. Lœwenberg (1), dont les recherches ont été confirmées par M. le professeur Cornil, a pu même y reconnaître constamment entre beaucoup de variétés microbiennes communes, de saprophytes et même de champignons, un gros coccus en amas ou en chaînettes, souvent aussi en forme de diplocoque et se colorant bien par toutes les couleurs d'aniline. Plus récemment, Marano a retrouvé ce microbe sous un aspect légèrement différent.

1. *Nature et traitement de l'ozène* (Union médicale, 1884).

Le coccus de Loewenberg peut se cultiver sur gélatine et produire dans le tube une odeur ozéneuse caractéristique. Cette espèce microbienne se rencontre non-seulement dans les sécrétions de l'ozène nasal, mais encore dans les expectorations des ozéneux trachéaux et bronchitiques.

Ne semble-t-il donc pas qu'il y a eu propagation et propagation septique du nez aux organes sous-jacents?

N'est-il pas dans les idées modernes d'admettre que l'ozène est une affection d'origine microbienne et que les complications profondes de la localisation nasale sont une confirmation de cette opinion?

En effet, l'identité des symptômes, l'analogie des espèces microbiennes recueillies, et surtout la marche extensive de la maladie à début constant nasal montrent qu'en différents points de l'arbre respiratoire sous-nasal il s'est fait des inoculations successives de même nature, sur le pharynx, sur les cordes vocales, dans la région sous-glottique et même dans la trachée et peut-être les bronches.

Une fois établie ces complications peuvent évoluer par elles-mêmes : la maladie causale peut guérir, mais la détermination secondaire peut aussi se propager indéfiniment.

C'est là, à notre avis, un exemple très frappant de la propagation d'une affection septique de l'organe nasal, aux voies respiratoires sous-jacentes, et ceci vient corroborer ce que nous avons dit au début de ce chapitre sur la migration microbienne et l'extension des inflammations catarrhales et infectieuses vers la profondeur.

VI

TROUBLES RÉFLEXES

Après avoir vu quels sont les principaux troubles respiratoires résultant d'un obstacle mécanique ou d'une infection microbienne d'origine nasale, se transmettant aux voies aériennes sous-jacentes, il nous faut encore parler de certains accidents intéressant le même appareil, entravant la même fonction, ayant donné lieu à de longues et nombreuses discussions, nous voulons dire les phénomènes réflexes ayant leur point de départ dans la muqueuse du nez et retentissant de façon spéciale sur le larynx ou le poumon.

L'existence de ces phénomènes réflexes peut se constater journellement même en dehors de l'état pathologique : la présence d'un corps étranger dans les fosses nasales impressionne la muqueuse et provoque constamment une réaction du côté du larynx ou des bronches. L'éternuement en lui-même n'est pas autre chose qu'une apnée respiratoire temporaire suivie d'une brusque expiration ; le passage d'un liquide rétrogradant par les fosses nasales

détermine également des quintes de toux convulsives et spasmodiques.

Ces réflexes bulbaires sont transmis par les terminaisons de l'olfactif ou du sphéno-palatin externe, du nasopalatin et du filet ethmoïdal du rameau nasal de la bronche ophthalmique de Willis; leur voie centrifuge emprunte le canal du pneumogastrique et ses différentes terminaisons, laryngée externe ou filets broncho-pulmonaires.

Leur existence a été démontrée expérimentalement par M. F. Franck (1) qui, outre les phénomènes respiratoires, à la suite de l'excitation de la pituitaire, a pu déterminer un ralentissement du cœur. Tout médecin d'ailleurs, s'il y porte attention, est à même de se rendre compte de ces faits dans la pratique clinique journalière, et il n'est pas difficile, dans ces conditions, d'admettre que ces phénomènes s'exagèrent avec les altérations pathologiques de la muqueuse où ils prennent naissance.

Ainsi donc l'excitabilité de la membrane de Schneider s'exaspère avec les lésions inflammatoires, de même que son hypéresthésie a souvent été signalée en même temps que la présence de polypes muqueux par exemple.

Dans ces conditions, on est en droit de se demander si, pour expliquer certains troubles des voies respiratoires, il ne faut pas faire une part à l'influence réflexe, et si le traitement pathogénique de l'affection pulmonaire ne devient pas alors justiciable ou tout au moins sous la dépendance d'une thérapeutique appropriée des conduits nasaux.

1. *Archives de physiologie* (1889).

M. Fr. Fränk, dans une série d'expériences, a recherché l'effet produit par les irritations de la muqueuse nasale, après l'avoir préalablement excitée; il a obtenu ainsi, outre certains phénomènes vaso-moteurs, des étternuements, de la toux et un spasme portant sur la glotte et les bronches elles mêmes.

Dans la clinique, nous avons eu l'occasion de noter des cas semblables. Sans insister sur les étternuements, phénomène banal, nous porterons plus particulièrement notre attention sur les trois signes suivants que nous avons le plus fréquemment observés : la toux, l'oppression avec ou sans spasme glottique, l'asthme enfin ou mieux les accès asthmatiformes.

La toux peut être quinteuse ou revêtir la forme de petits toussotements successifs et de courte durée.

La quinte survient de préférence quand la pituitaire enflammée reçoit l'impression brutale d'une modification thermique. Il nous est arrivé de constater cette influence du froid et du chaud : chez une malade atteinte de rhinite hypertrophique par exemple, nous avons pu nous rendre compte que le brusque passage d'un endroit chaud dans un endroit froid ou réciproquement devenait le point de départ du réflexe quinteux.

Quand il s'agit de toussotements continus, il y a comme une sorte d'enchaînement, la première secousse semble appeler les autres, dont elle peut être la cause déterminante.

Mackensie (1), dans certaines formes de toux laryngée

1. *Annales des maladies de l'oreille*, 1883.

au cours d'un coryza aigu, croit plutôt à une irritation réflexe qu'à une extension de l'inflammation au vestibule du larynx ; et il explique ce phénomène physiologiquement par la théorie des « centres conjugués ». D'ailleurs dans les cas analogues que nous avons vus, le larynx était parfaitement libre, indemne de toute phlegmasie, bien que souvent les malades se plaignaient de chatouillements ou de picotements au niveau des cartilages, et la disparition de la toux coïncidait avec le traitement et la guérison de l'affection nasale incriminée.

En d'autres termes, la théorie et l'observation clinique paraissent justifier l'hypothèse qu'il existe une laryngite réflexe ayant pour cause l'inflammation du nez, et l'on peut en tirer des indications intéressantes pour expliquer l'étiologie et éclairer le traitement de ces variétés de toux, dans la production desquelles les bronches ne jouent aucun rôle.

Cette toux nasale se complique parfois de phénomènes d'oppression, surtout chez les sujets porteurs de polypes muqueux ou de cornets hypertrophiés avec dégénérescence polypoïde. L'oppression n'apparaît pas sans la toux, elle se manifeste à la suite de quintes et consiste en un état de gêne dyspnéique peu intense, mais pouvant, en se prolongeant, donner au malade une sensation angoissante analogue à celle éprouvée au cours d'une bronchite sérieuse. Quelquefois diurnes, plus fréquemment nocturnes, ces accès ne s'accompagnent d'aucun état morbide des voies broncho-pulmonaires : pas plus l'auscultation que le laryngoscope ne fait découvrir une altération ou des bronches de la glotte.

Quand il y a du spasme glottique, il n'est plus question d'un état dyspnéique léger, mais bien plutôt d'une suffocation brusque et pénible, correspondant à une diminution de l'orifice supérieur du larynx.

Nous avons constaté ce fait chez des enfants porteurs de rhinite hypertrophique ou d'épine de la cloison, dont le cavum pharyngo-nasal était complètement libre.

Les troubles respiratoires nocturnes étaient intenses, mais de peu de durée : l'enfant se réveillait en sursaut, manquant d'air, se dressait sur son lit, restait quelques minutes dans l'anxiété ; puis, après une inspiration très pénible, le rythme reprenait son cours et la respiration se rétablissait peu à peu. Le tableau se rapproche donc bien du spasme vrai de la glotte, et nous ne pouvons donner à ces accès le nom d'asthme, en raison de leur brièveté et de l'absence de symptômes concomitants. La plupart du temps l'examen du larynx fut négatif au point de vue des lésions, et toujours la guérison s'obtint par l'abolition des causes d'obstruction ou d'inflammation nasale.

Quoique nos observations ne s'appliquent qu'à des enfants, certains auteurs ont observé chez l'adulte ces mêmes accidents. M. Ruault (1) en particulier de 1885 à 1888 en cite 7 cas bien nets, parmi lesquels 5 avec rhinite hypertrophique ; pour lui le spasme serait quelquefois assez grave pour nécessiter la trachéotomie.

Les femmes, et en particulier les hystériques, seraient peut-être prédisposées à ces accidents de dyspnée laryngo-spastique, d'après le même auteur.

1. *Archives de laryngologie*, 1838.

En même temps que le spasme glottique, dit M. Ruault, on peut observer le spasme bronchique généralisé; et, quelquefois, en dehors des accès, on voit persister un état spasmodique de tout l'arbre respiratoire.

Nous pensons que l'auteur a voulu désigner ici ce genre de toux avec oppression que nous avons mentionné précédemment, et nous croyons que cet état morbide peut se rencontrer même en dehors des accès spasmodiques aigus.

L'asthme nasal occupe la première place au nombre des « névroses réflexes d'origine nasale » dont la question si intéressante et si controversée est encore maintenant à l'ordre du jour.

Depuis que Hack en 1883 a émis l'ingénieuse hypothèse qu'il existe parfois un rapport entre l'asthme et certaines lésions nasales, telles que l'hypertrophie des cornets, les polypes muqueux, l'atrésie des cavités et l'hypèresthésie de certaines zones, confirmant ainsi les recherches antérieures de Trousseau, Blackley, Voltolini sur l'origine réflexe de l'asthme; bien des auteurs modernes se sont passionnés pour ce sujet et en ont exagéré l'importance au point de faire de la maladie nasale la cause originelle de tous les cas de dyspnée spasmodique.

Il y a évidemment là, d'après nous, un excès aussi regrettable que l'obstination de certains à nier quand même les rapports manifestes qui existent entre les polypes muqueux, par exemple, et les crises d'asthme. Ce qu'il est juste de dire, croyons-nous, c'est que si l'on a

guéri des accès asthmatiformes par l'ablation de polypes muqueux, il faut avouer que, dans d'autres cas, aucune amélioration n'a suivi l'opération. M. Ruault ajoute même qu'il a été témoin de complications aggravantes consécutives à l'intervention.

D'un autre côté, il faut bien le reconnaître, les spécialistes n'ont pas semblé tenir assez compte de la part qui revient, dans l'étiologie de cette affection, au nervosisme d'abord, à l'arthritisme ensuite, quelquefois à l'un et à l'autre tout ensemble.

La tare nerveuse surtout joue un rôle prédisposant qu'il faut souligner dans la production de ces réflexes pathologiques. Malheureusement, les observations ne donnant que des renseignements incomplets sur le terrain héréditaire ou acquis, théâtre des accidents, la connaissance de cette condition pathogénique a trop souvent été négligée, alors que par son intérêt elle eût dû être relatée la première.

Si, chez le prédisposé, l'asthme vrai n'est pas justiciable du traitement ou de la guérison de la lésion locale ; on peut bien admettre avec Lazarus et Scheinmann (de Berlin), que beaucoup d'asthmatiques vrais présentent une excessive sensibilité de leur pituitaire, et aussi des tendances idio-syncrasiques à l'égard de certaines causes occasionnelles imprévues.

A côté de l'affection diathésique, on peut ranger toute une série d'accidents se révélant sous forme de crises également paroxystiques, ne dépendant plus seulement de la constitution du sujet, mais d'agents les plus divers, et disparaissant d'ailleurs avec la détermination causale.

L'asthme des foin^s (1), par exemple, ne revêt-il pas, à un moment de son évolution, une allure de dyspnée du type asthmatique qui s'accroît jusqu'à prendre parfois l'aspect de l'asthme parfaitement caractérisé, et, pour ce qui est de son traitement, n'est-ce pas à la cause prédisposante que la thérapeutique peut le mieux s'adresser. Tout en combattant l'influence de la diathèse ne recherche-t-on pas s'il existe une lésion nasale susceptible d'être détruite, ne modifie-t-on pas la sensibilité de la muqueuse par des cautérisations ou des badigeonnages à la cocaïne ?

C'est, croyons-nous, sur le terrain de l'observation qu'il faut se placer pour bien établir les rapports qui existent entre les polypes muqueux et les accès de dyspnée asthmatiforme. Et d'abord les expériences cliniques ne permettent plus de contester cette relation, qui est bien définitivement adoptée par les maîtres modernes les plus autorisés. M. Brissaud dit lui-même que chez « beaucoup d'asthmatiques, la congestion et l'inflammation de la pituitaire peuvent provoquer des accidents convulsifs respiratoires variés, parmi lesquels figure l'asthme, en tant que phénomène spasmodique complexe. »

Nous comprenons donc très bien que les polypes muqueux, notamment, sujets à des augmentations de volume, ou agissant comme corps étrangers irritants, peuvent former le point de départ du réflexe pneumo-nasobulbaire, provocateur des accès ; et, dans ces conditions, nous établissons que l'ablation de la tumeur donnera le signal de la cessation des troubles respiratoires. M. Schnitzler (de Vienne) partage cette opinion quand il

1. Lefèvre (Th.) de Paris 1883).

dit qu'il ne faut incriminer les affections nasales (polypes ou inflammations) que si, après leur guérison, l'asthme disparaît, et si cette guérison dure longtemps; il cite même des exemples comme le suivant : une femme atteinte d'asthme depuis quinze ans porte des polypes muqueux ; après l'oblation, elle guérit. Au bout d'un an, nouveaux accès de dyspnée, nouvelle polypotomie et depuis six ans, plus de crise suffocante.

De même, M. Joal (1) déclare que maintes fois il a mis fin à des crises dyspnéïques en faisant disparaître des coryzas chroniques, chez des individus porteurs de polypes muqueux. Duplay, dans son *Traité de pathologie externe*, n'a-t-il pas écrit ces lignes : « Souvent dans les cas de polypes volumineux et anciens, l'on voit des malades affectés d'angines et d'amygdalites opiniâtres; plusieurs même deviennent sujets à de véritables accès d'asthme. » M. Bosworth, professeur des maladies de la gorge à Bellevue Hospital, a trouvé sur 80 observations d'asthme recueillies en 5 ans, plus des deux tiers des cas accompagnés d'une lésion des fosses nasales; et comme contre épreuve de cette constatation, le traitement chirurgical local lui a donné une guérison complète dans plus de la moitié des cas.

En résumé, nous croyons pouvoir dire que les polypes muqueux ou les végétations polypeuses des fosses nasales occasionnent des troubles respiratoires spéciaux suivant deux modes d'action principaux :

1° Irritation de la muqueuse pituitaire par un contact

1, *Archives générales de médecine*, 1882.

prolongé et répété; mise en jeu de la sensibilité réflexe de cette membrane qui transmet l'excitation au bulbe;

2° Obstruction des voies aériennes supérieures, et par suite modification des phénomènes mécaniques de la respiration nasale; d'où impression nocive de la muqueuse pharyngo-bronchique et action réflexe consécutive.

Assurément il serait excessif d'avancer que dans tous les cas d'oppressions asthmatiformes, en regardant dans le nez, on trouvera la cause des accidents; d'autant mieux que la névrose du pneumogastrique est souvent plus apparente que réelle. Mais il n'en est pas moins vrai que, maintes fois en modifiant par un traitement circonstancié la muqueuse nasale malade, on a vu s'arrêter les accès suffocants.

D'ailleurs, dans un ordre d'idées à peu près analogue, n'a-t-on pas fait disparaître certaines dyspepsies, certaines toux rebelles en soignant l'utérus.

Aussi, de tout cela peut-on retenir que chez un sujet en proie à des crises d'asthme, l'état du nez ne doit jamais être regardé comme chose indifférente ou de médiocre importance. Certes le spéculum nasi, a dit un rhinologiste moderne, n'ouvre sur la pathologie de l'asthme qu'une bien petite lucarne, mais il faut se garder pour cela d'en faire fi; il est toujours bon de multiplier les points de vue et il est des lucarnes d'où l'œil découvre des spectacles fort instructifs.

VII

CONCLUSIONS

Bien que les déductions, que nous voulons tirer du grand nombre de nos observations, soient du domaine des connaissances acquises, nous tenons tout particulièrement à insister sur les conclusions suivantes :

I. — Le nez, parmi les fonctions physiologiques qui lui sont propres, a spécialement celle de réchauffer l'air extérieur avant de le laisser pénétrer jusqu'à nos muqueuses respiratoires inférieures. Toute cause d'obstruction de sa lumière peut donc devenir, à des degrés différents, un obstacle à l'exécution de cette mission et donner lieu à des accidents consécutifs.

II. — Le nez est la porte d'entrée des voies respiratoires. C'est le réceptacle des impuretés que l'air contient. Le plus souvent ces impuretés sont balayées par les sécrétions normales. Si, à la suite de conditions pathologiques spéciales, ces micro-organismes sont retenus, ils donnent lieu à une série d'accidents dont les conséquences peuvent être graves.

III. — La muqueuse des fosses nasales, à l'état normal, est douée d'une sensibilité excessive : les sensations tactiles, qui prennent naissance à son niveau, l'impressionnent différemment, mais provoquent toujours des réactions défensives.

A l'état pathologique, elle est le siège d'une hyperexcitabilité réflexe qui se traduit souvent par l'apparition des phénomènes nerveux, engendrant de préférence, chez certains prédisposés, des accès de spasme glottique, de toux quinteuse ou d'asthme bronchique.

IV. — Il est donc indispensable d'examiner attentivement le nez dans un grand nombre de cas pathologiques déterminés : en présence de manifestations asthmatiques réflexes, par exemple, il est bon de rechercher s'il existe une altération plus ou moins latente de la muqueuse nasopharyngienne.

La rhinoscopie sagement comprise rendra des services sérieux pour l'explication étiologique et le traitement de troubles respiratoires fréquents dont la pathogénie a longtemps été méconnue.

C'est ainsi qu'en faisant l'examen du nez, on découvrirait l'affection causale chez bon nombre de malades dont l'attention n'était attirée que vers les complications secondaires.

VIII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Déviation double de la cloison en S. Sténose nasale. Troubles de la respiration.

M. W..., âgé de 12 ans, a toujours eu le nez bouché et la respiration nasale, sinon nulle, du moins très incomplète.

Il dort la bouche ouverte, ronfle la nuit, et se réveille le matin avec une sensation très pénible de sécheresse de la gorge. Dans la journée, il tousse de temps en temps, sans expectoration, sous l'influence des picotements de son pharynx.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Le père, que nous interrogeons sur les chutes possibles que son enfant a pu faire dans le tout jeune âge, ne nous donne aucun renseignement.

Nous en concluons que l'asymétrie nasale extérieure qui nous frappe et qui correspond sans doute à la malformation intérieure, est bien probablement une affaire congénitale.

Rien à l'auscultation.

Pharynx. — Rongeur de la paroi postérieure qui est un peu épaissie dans la région des piliers.

Rhino-pharynx. — Libre au toucher.

Larynx. — Rien d'anormal.

Nez. — Déviation double de la cloison en forme d'S. A droite, le rétrécissement siège à la région antérieure ; à gauche, au contraire, à la région postérieure.

A droite surtout, un certain degré d'hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur détermine une obstruction presque complète de la cavité qui n'est plus représentée que par une fente insuffisante pour la respiration et l'élimination des sécrétions nasales.

Au stylet, on éprouve une résistance dans les portions déviées du septum, où la muqueuse saigne facilement.

Après avoir réduit au galvano-cautère le cornet inférieur droit et de cette façon gagné un peu de largeur du même côté, nous commençons la dilatation progressive des deux cavités ; mais ce procédé ne nous donne guère de résultat.

Enfin les troubles fonctionnels de la respiration devenant assez accusés, nous intervenons chirurgicalement,

Nous détruisons par l'ignipuncture les deux saillies, causes de la sténose, et nous rendons ainsi en peu de temps leur perméabilité aux fosses nasales.

De mars 1894 à juin, nous soignons le jeune W..., et à cette dernière époque, son nez ayant recouvré l'usage de ses fonctions, nous constatons la disparition de la toux observée au début, et le rétablissement complet de la respiration nasale.

OBSERVATION II (personnelle).

Rhinite hypertrophique double. Abondantes mucosités. Toux rebelle.

Madame P..., 28 ans, est soignée depuis 18 mois par son médecin pour une bronchite opiniâtre, qui ne cède à aucune médication. Si ce n'est la fatigue, qui résulte de cette toux quotidienne, l'état général est excellent.

Le 9 janvier 1894, la malade vient nous voir parce qu'elle mouche beaucoup, des mucosités épaisses, et que, malgré cela, elle sent continuellement un obstacle dans ses fosses nasales, comme si elles étaient bouchées, au point que, la nuit, elle est obligée de dormir la bouche ouverte et qu'elle est fréquemment réveillée par une sensation de froid à la gorge qui provoque chez elle la quinte qu'elle redoute.

A l'auscultation. — Rien de caractéristique.

Larynx. — Normal.

Pharynx. — Rougeur. Cavum libre au toucher.

Nz. — Hypertrophie considérable de la muqueuse du cornet inférieur des deux côtés. Rouge, gonflée et humide, elle est cachée, au niveau du méat inférieur, par les mucosités visqueuses qui la recouvrent.

Traitement. — Douches nasales boriquées.

Cautérisations linéaires des régions tuméfiées.

Vaseline au menthol.

Poudre sulfureuse.

13 janvier. — Après la chute des escarres dûes aux brûlures, Mme P... éprouve un réel soulagement, puisqu'elle recouvre la respiration nasale qu'elle avait perdue. A partir de ce moment, les accidents signalés plus haut tendent à disparaître.

8 mars. — Après un traitement bien suivi pendant deux mois, et malgré une grippe récente, la malade est guérie. Plus de gêne du nez, plus d'obstruction des fosses nasales, plus de toux, et par suite sommeil tranquille.

OBSERVATION III (personnelle).

Hypertrophie double des amygdales. Rhinite hypertrophique double. Troubles respiratoires nocturnes.

M. P..., 13 ans, a toujours été sensible de la gorge. A 7 ans, à la suite d'angines et d'amygdalites répétées, on lui réduisit les deux amygdales au galvanocautère à l'hôpital des Enfants-Malades. Une amélioration ayant suivi, on crut la guérison complète.

A 12 ans, l'enfant commença à éprouver de la gêne nasale : il respirait mal, ne mouchait que très peu et dormait la bouche ouverte. L'air froid de la nuit irritait sa muqueuse pharyngée déjà altérée et déterminait souvent soit une toux spasmodique, soit des accès de suffocation qui, rendant le sommeil impossible, ne tardèrent pas à compromettre sérieusement la santé du jeune sujet.

Après une période plus longue et plus pénible de malaises semblables, M^{me} P... nous amène son fils, dans un état de fatigue manifeste.

Antécédents héréditaires. — Père inconnu. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade.

Rien à l'auscultation.

Pharynx. — Grosses amygdales, surtout à gauche.

Luette bifide.

Au toucher comme à la rhinoscopie postérieure, le rhino-pharynx est libre.

Nez. — Nombreuses mucosités sur toute l'étendue de la muqueuse. Après avoir nettoyé, on constate une hypertrophie énorme des cornets inférieurs, qui sont rouge-vif, de consistance molle et très sensibles au moindre contact.

12 juin. — Amygdalotomie double, pas d'hémorrhagie.

14 juin. — Nouvelle suffocation moins forte que les précédentes, dans la nuit du 13 au 14.

Cautérisation profonde des deux cornets inférieurs, dans toute leur longueur.

18 juin. — Chute des escarres ; le nez est déjà plus libre, les troubles respiratoires moins fréquents, il n'y a pas eu de nouvel accès.

Jusqu'au 17 juillet, nous revoyons notre petit malade qui dort maintenant très bien et qui n'étouffe plus.

OBSERVATION IV (personnelle).

Epine sous-cloison gauche. Rhinite hypertrophique droite. Troubles respiratoire nocturnes.

Mlle B..., 9 ans, fille d'un père et d'une mère rhumatisants, respire mal par le nez et est réveillée brusquement la nuit par des suffocations pénibles qui se répètent plusieurs fois en l'espace de quelques heures. Le médecin de la famille a donné sans succès de la belladone et du bromure.

Mlle B..., n'est pas une dyspeptique, ses digestions et ses fonctions intestinales sont normales. Elle n'a jamais de fièvre et n'est pas toussieuse.

Rien à l'auscultation.

Pharynx. — normal. — Voûte légèrement bombée; dents crénelées et cependant pas de végétations.

Nez. — Pas de déformation extérieure.

A droite: hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur.

A gauche: grosse épine de la sous-cloison, adhérente à l'extrémité libre du cornet inférieur correspondant.

20 novembre. — Douches nasales. Traitement chirurgical.

Réduction au galvano-cautère du cornet inférieur droit.

22 novembre. — Section de l'épine. Peu de sang. Ignipuncture consécutive.

6 décembre. — Cicatrisation complète.

Respiration nasale rétablie.

Jusqu'au mois dernier, la petite malade n'avait plus éprouvé de troubles respiratoires nocturnes.

OBSERVATION V (personnelle).

Epine de la cloison. Rhinite. Suffocation nocturnes.

M. B..., 10 ans 1/2 dort mal depuis quelques temps, parce qu'il respire mal, qu'il a des cauchemars effrayants qui le réveillent en sursaut.

La voix est nasonnée légèrement, l'enfant tousse, et la nuit la quinte revêt parfois un caractère suffocant qui inquiète beaucoup les parents.

Première visite à la clinique le 17 novembre 1894.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Neant.

Auscultation. — Rien à signaler.

Pharynx. — Granulations. Amydalite folliculaire.

Pas de végétations.

Nez. — Grosse épine de la cloison à droite. Rhinite généralisée.

17 et 20 novembre. — Destruction des granulations. Cautérisation des amygdales.

Section au bistouri de l'épine de la cloison.

Hémorrhagie peu abondante.

22 novembre. — L'enfant se trouve bien dégagé et respire mieux. Il fait ses irrigations nasales régulièrement.

10 Décembre. — Pas de nouvelle suffocation nocturne.

OBSERVATION VI (personnelle).

Laryngite sèche sous-glottique secondaire à une rhinite chronique.

M. B..., 23 ans, garçon épicier, a toujours joui d'une bonne santé générale.

Son père et sa mère vivants se portent bien l'un et l'autre ; lui-même n'a pas d'antécédents personnels importants à signaler.

Après un coup de froid, il y a deux ans, le malade a eu un fort rhume qu'il a négligé tout d'abord et qui n'a pas cessé. Simultanément et peu à peu la voix est devenue moins claire, la respiration nasale moins facile, en même temps que la sécrétion nasale est devenue plus abondante. Une toux peu fréquente d'ailleurs n'a attiré l'attention que par l'expectoration de gros crachats sales anormaux qui la suivent.

Le 25 janvier 1894, M. B... vient nous consulter, sur l'avis de son médecin, parce que l'extinction de voix s'est définitivement déclarée et l'empêche de continuer ses occupations, et surtout parce qu'il s'est inquiété d'un accident nouveau qui lui est arrivé la

veille : dans la nuit, il a été réveillé par un accès de suffocation, qu'il attribue assez judicieusement à l'entassement et au dessèchement des mucosités descendues de son nez, qui rendaient mécaniquement l'expiration plus difficile.

La dyspnée ayant été de très courte durée, le malade s'est endormi rapidement, et il ne nous donne que peu de détails sur la façon dont elle s'est produite.

A l'examen, voici ce que nous notons :

Auscultation. — Néant.

Nous insistons sur ce point que notre sujet n'a pas d'antécédents thoraciques et qu'il n'a jamais toussé.

Fosses nasales. — A droite, hypertrophie du cornet inférieur et épine de la cloison venant en contact avec la muqueuse de la paroi voisine. A gauche, tendance atrophique du cornet inférieur (pas d'ozène).

Des deux côtés, rhinite intense généralisée ; mucosités et croûtes sèches adhérentes au tissu sous-jacent et donnant du sang quand on les décolle avec le stylet ouaté.

Pharynx. — Pharyngite, coloration rouge-vif de toute la muqueuse.

Les amygdales, non douloureuses à la déglutition, sont cependant hypertrophiées.

Le malade se mouche dans son pharynx.

Larynx. — Epiglote vascularisée et un peu épaissie sur ses bords.

Cordes vocales inférieures rouge sombre, d'aspect dépoli et humide, recouvertes en partie de sécrétions grisâtres ; elles sont tuméfiées.

Lorsqu'on fait exécuter, au malade, sous le contrôle du miroir, des efforts de phonation, on constate que ces sécrétions tremblotent sous l'influence des vibrations des cordes.

En répétant l'examen laryngoscopique, on se rend compte que

les matières infectes siègent surtout au bord interne et au-dessous des cordes, comme si elles venaient de la région sous-glottique. Cependant les rubans vocaux ont conservé leur mobilité, et la lumière du larynx est normale.

Nous instituons de suite le traitement suivant :

Douches nasales et gargarismes boriqués tièdes.

Fumigations de goudron.

Pansements intralaryngiens avec le mélange de chlorure de zinc au 1/10 et d'huile mentholée à 1/4.

Hygiène rigoureuse : pas de mets irritants, pas de boissons alcoolisées, ne pas causer, ne pas fumer.

2 février. — La voix est toujours éteinte.

La toux a disparu et les douches nasales ont déjà dégagé le nez.

Avec le galvano-cautère, nous rétablissons à droite la lumière de la fosse nasale obstruée par l'adhérence de l'épine au cornet voisin.

Examen. — Rougeur de la muqueuse du nez moins vive. Les mucosités se détachent plus facilement.

Etat stationnaire du pharynx et du larynx.

19 février. — La lumière du nez est libre. Les troubles vocaux s'amendent. Au laryngoscope cependant on trouve encore les cordes enduites des mêmes mucosités adhérentes.

25 février. — Depuis le début du traitement, il n'y a pas eu de suffocation nocturne nouvelle.

La respiration nasale est normale, la voix reprend son timbre.

Les signes de pharyngite sont moins accusés. Nous remplaçons les fumigations au goudron par le traitement sulfureux quotidien.

Jusqu'en mars, M. B... que nous voyons une dernière fois nous confirme l'amélioration progressive.

La toux ne s'est pas reproduite et la voix est redevenue claire.

Au miroir, nous constatons la disparition complète de l'inflammation des cordes vocales et des croûtes qui les recouvraient. La muqueuse toutefois est encore rouge et l'orifice glottique un peu épaissi dans son ensemble.

Le pharynx de coloration saine n'est plus irrité par les mucosités du nez : le cavum et l'ouverture postérieure des fosses nasales sont libres.

Le nez fonctionne bien, la pituitaire est moins rouge et débarrassée des produits septiques qui la recouvraient.

Actuellement, notre malade qui se trouve tout à fait bien, continue les douches nasales et les soins hygiéniques et antiseptiques de la gorge.

OBSERVATION VII (personnelle).

Rhinite atrophique avec ozène. Pharyngite sèche concomitante.

Mlle B..., âgée de 18 ans, est sujette à de fréquents maux de gorge, qui se traduisent surtout par des sensations désagréables de picotement et de sécheresse et par le rejet d'énormes crachats sales provoquant la nausée.

Elle ne s'est jamais soignée, bien que son entourage le lui ait souvent conseillé : l'odeur infecte des croûtes qu'elle mouche en abondance et l'anosmie complète dont elle est affectée accompagnent les phénomènes accusés du côté du pharynx.

Le 20 juillet 1894, la malade vient nous consulter.

Examen. — *Antécédents héréditaires.* — Néant.

Antécédents personnels. — A eu la rougeole à l'âge de 7 ans, bien réglée depuis sa quatorzième année, elle ne porte aucun stigmate de syphilis héréditaire ou acquise.

Elle n'a jamais toussé et l'auscultation ne révèle rien de particulier.

Néz. — A la rhinoscopie, aspect symptomatique de la rhinite atrophiante fétide : Rétraction de la muqueuse et du squelette. Elargissement des fosses nasales, surtout au niveau des méats inférieur et moyen, qui ne forment qu'une même cavité très spacieuse, encombrée par des amas de sécrétion abondante, épaisse, exhalant une odeur pénétrante.

Après ablation de cet enduit, la muqueuse apparaît rouge, comme veloutée, finement granuleuse et saignant facilement.

A la rhinoscopie postérieure, mêmes croûtes adhérant à la muqueuse atrophiée du cavum qui est notablement agrandi.

Les fossettes de Rosenmüller semblent plus profondes et l'orifice des trompes est entr'ouvert.

Pharynx. — Luette petite et effilée. Voile du palais aminci.

Aspect sec, brillant, comme vernissé. Les sécrétions sont peu abondantes, mais tellement collées contre la muqueuse de la paroi postérieure qu'on ne les en détache qu'avec peine.

Larynx. — Normal.

Nous établissons le traitement habituel de l'affection : Irrigations nasales salées, créolinées. Onctions intérieures avec la pommade au naphtol camphré au 20°.

29 juillet. — Ablation d'une croûte nasale de 3 centimètres de longueur, remplissant toute la cavité droite.

Badigeonnage des deux côtés avec le naphtol camphré. Pansement du rhino-pharynx avec la glycérine iodée au 1/50.

5 août. — Amélioration. Le nez est moins encombré, mais l'ozène persiste.

Le pharynx, un peu débarrassé, présente déjà un aspect différent : la muqueuse, que l'on aperçoit plus facilement, est rouge, tomenteuse.

Du mois d'août au mois de décembre, la maladie continue

rigoureusement son traitement. A cette époque, elle se trouve bien améliorée : plus de picotements à la gorge, plus de râlements irritants, plus de crachats qui donnent envie de vomir.

Ce mieux d'ailleurs coïncide avec un état satisfaisant du nez : l'ozène est nettement moins prononcée, les fosses nasales ne sont plus remplies de croûtes comme avant, et les altérations de la muqueuse sont en voie de régression.

L'odorat n'est pas revenu.

OBSERVATION VII (*bis*) (personnelle).

Rhinite atrophique double. Toux rebelle.

M. F..., 35 ans. Tousse depuis 3 mois, le matin surtout où il est su et à d'abondantes expectorations de croûtes infectes qui lui donnent des nausées. Le soir, la voix est rauque.

Avant cette époque, il n'avait jamais eu de maux de gorge.

Auscultation. — Aucun signe particulier.

Pharynx. — Croûtes nombreuses, plaquées sur la paroi postérieure qui apparaît rouge-carmin quand on les a enlevées.

Larynx. — Rougeur et gonflement des cordes vocales inférieures.

Nez. — Atrophie totale des cornets inférieurs. Muqueuse enflammée et recouverte de matières épaisses, surtout en arrière. A la rhinoscopie postérieure cavum encombré des mêmes produits septiques. Peu d'ozène. L'odorat n'est pas entièrement perdu.

Traitement. — Irrigations nasales salées créolinées.

Vaseline au naphthol camphré à 1/40.

Sirop sulfureux balsamique.

Pansements du larynx à l'huile mentholée.

Le 12 février 1894. — Après un mois de soins réguliers,

M. F..., nous affirme qu'il va beaucoup mieux et qu'il ne tousse plus du tout.

A cet'e époque, nous constatons que la voix est claire, les cordes vocales encore rouges sont cependant moins tuméfiées. Le nez et le pharynx présentent des lésions en voie de guérison.

Le 20 avril. — Le malade n'a pas interrompu les douches nasales. L'ozène a complètement disparu. Plus de toux partant plus de crachats le matin. Au laryngoscope, les cordes vocales ont repris leur aspect normal, malgré un léger épaissement qui persiste.

Le nez et le pharynx sont libres.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Rhinite atrophique double. Laryngo-trachéite.

M. N..., 36 ans, facteur, n'a jamais été malade, vient consulter le 13 juin 1894, parce qu'il éprouve de la difficulté à parler à voix haute et qu'il tousse beaucoup. Après chaque quinte, il expulse de grosses mucosités épaisses, quelquefois sanguinolentes.

Il se plaint en même temps de moucher très abondamment et très sale; il ne perçoit que faiblement les odeurs.

Rien à l'auscultation.

Croûtes dans le nez et le pharynx. Ozène.

Rougeur des cordes vocales inférieures et des premiers anneaux de la trachée.

Traitement nasal. — Pansements bihebdomadaires intralaryngés avec l'huile mentholée.

Amélioration du nez, guérison de la toux et des troubles vocaux.

OBSERVATION IX (personnelle).

Rhinite atrophique double. Pharyngo-laryngite. Toux rebelle.

M. S..., 26 ans, garçon marchand de vins, éthylique, a la voix rauque et tousse depuis 18 mois. Il a depuis ce temps suivi très régulièrement un traitement complet (Préparations opiacées. Terpene. Créosôte, etc.), sans aucune amélioration.

Nous le voyons le 15 juin 1894, et nous constatons une rhinite marquée avec tendance à l'atrophie et de nombreuses croûtes nasales. Le pharynx est granuleux et rouge, les cordes vocales épaissies et rosées.

Rien à l'auscultation, minutieusement pratiquée.

Traitement général. — Huilè de foie de morue.

Traitement local. — Douches nasales.

Inhalations de menthol.

Destruction des granulations au galvano-cautère.

Amélioration au bout de trois mois. La toux a disparu.

OBSERVATION X (personnelle).

Rhinite atrophique double. Pharyngo-laryngite sèche.

Mlle P..., 16 ans, vient à la clinique, le 9 janvier, pour des maux de gorge fréquents et une toux rebelle.

A l'examen. — Lésions types de la rhinite atrophique avec ozène.

Pharynx sec.

Larynx encombré de mucosités croûteuses qui recouvrent les cordes vocales dans leur tiers postérieur.

Traitement régulièrement suivi pendant 8 mois.

Amélioration,

OBSERVATION XI (personnelle).

Rhinite atrophique double (ozène). Pharyngo-laryngite.

M^{me} M..., 28 ans. Ne peut se guérir d'un enrrouement qui dure depuis deux mois, sans toux, ni douleur.

Pharyngite intense. Cordes rouges et épaissies.

Disparition de l'enrouement sous l'influence du traitement nasal.

OBSERVATION XII (personnelle).

Rhinite atrophique double. Pharyngo-laryngite.

Mlle I..., 15 ans, a la voix couverte et tousse depuis un an, elle crache beaucoup et très sale, le matin surtout.

A l'auscultation, on ne trouve rien de particulier.

Nes. — Atrophie des cornets inférieurs, croûtes abondantes, peu d'ozène.

A droite, légère épine de la sous-cloison.

Pharynx. — Vernissé.

Larynx. — Léger écartement des cordes vocales inférieures, entre lesquelles, avec le miroir, on aperçoit nettement des parcelles épaisses et grisâtres qui se déplacent sous l'influence de la phonation.

Traitement nasal institué le 13 mars.

Fumigations de goudron.

Badigeonnage de la gorge à la glycérine iodée.

Le 10 août. — Voix presque claire, la malade n'a pas toussé depuis trois mois. Amélioration notable des lésions du nez.

OBSERVATION XIII (personnelle).

M. L..., 37 ans, garçon de bureau, vient nous consulter le 9 février 1894 pour une rhinite atrophique double avec ozène, compliquée de pharyngo-laryngite spasmodique.

Il suit le traitement : irrigations nasales, salées, créolinées, pansement du larynx au chlorure de zinc au 1/20 et du pharynx à la glycérine iodée.

Amélioration en avril.

Le 25 juillet, avant de partir à la campagne, le malade vient nous voir une dernière fois, se disant complètement guéri des accidents de la gorge.

Il n'a pas interrompu et continue ses douches nasales matin et soir et la pommade mentholée dans le nez en se couchant.

OBSERVATION XIV (personnelle)

Rhinite atrophique double. Pharyngo-laryngite secondaire.

Mme I..., 49 ans, neuro-arthritique, souffre de la gorge depuis six mois et a la voix couverte depuis 2 mois 1/2.

Atrophie des cornets, croûtes abondantes tombant dans le rhino-pharynx et le larynx où elles produisent des phénomènes d'irritation continuelle.

Traitement commencé le 22 janvier 1894. Guérison des troubles laryngés le 29 mai.

OBSERVATION XV (personnelle).

Rhinite atrophique double. Pharyngite sèche.

Mme T..., 22 ans, ménagère, vient nous consulter le 11 janvier pour des picotements à la gorge qui la font tousser. Elle respire mal par son nez et se réveille la nuit, la gorge desséchée.

Traitement. Amélioration en juillet.

OBSERVATION XVI (personnelle).

Rhinite atrophique double. Aphonie et toux.

M. D..., 46 ans, mouche beaucoup, se plaint de chatouillements désagréables à la gorge qui le font tousser, et est sujet à des extinctions de voix passagères mais fréquentes.

Rien à l'auscultation.

Croûtes nasales nombreuses.

Pharyngite intense.

Rougeur des cordes vocales supérieures et inférieures.

Traitement nasal du 20 juillet à octobre 1894.

Disparition des phénomènes laryngo-bronchiques.

OBSERVATION XVII (personnelle).

Rhinite atrophique double. Laryngite secondaire. Suffocations.

Mlle M..., 17 ans, chlorotique, tousse depuis plusieurs mois et a quelquefois des accès spasmodiques d'étouffement à la suite de quintes plus fortes. Mouche peu, crache beaucoup.

Auscultation. — Rien aux poumons. Souffle carotidien marqué.

Au laryngoscope. — Croûtes manifestes dans le larynx et la trachée.

Amélioration par les douches nasales et les fumigations de guimauve boriquée.

OBSERVATION XVIII (personnelle).

Ozène. Toux persistante.

Mlle G..., 18 ans, a des maux de gorge fréquents et une toux rebelle depuis plusieurs mois.

Rien à l'auscultation.

Croûtes nasales et pharyngées. Cavum non végétant.

Légère inflammation de la muqueuse laryngée.

Traitement nasal, le 29 juin.

En juillet, ne tousse plus du tout.

OBSERVATION XIX (personnelle).

Ozène. Pharyngite sèche. Toux.

Mlle C..., 24 ans. Respire mal par le nez et s'enrhume facilement depuis longtemps.

Croûtes nasales. Pharyngite sèche ; hypertrophie des amygdales.

Traitement nasal, et cautérisation des tonsilles.

Poudre sulfureuse, pendant un mois.

Disparition de la toux, et amendement des lésions rhino-pharyngées.

OBSERVATION XX (personnelle).

Ozène. Pharyngite et laryngite secondaires.

Mme M..., 41 ans, est atteinte d'ozène depuis 2 ans, et souffre depuis 6 mois d'une toux pénible avec expectoration sale qui a débuté par une aphonie presque complète.

Auscultation. — Râles sibilants à gauche.

Nez. — Encombré de croûtes fétides et adhérentes.

Pharynx. — Enflammé et sec.

Larynx. — Epaissement et rougeur des cordes vocales qui sont recouvertes d'un enduit grisâtre et visqueux.

En faisant le pansement du larynx, on retire avec le porte-outate les mucosités constatées avec le miroir.

Traitement nasal, le 25 mai 1894. Guérison complète en novembre des phénomènes du côté du larynx.

OBSERVATION XXI (personnelle).

Rhinite atrophique double. Pharyngite sèche. Toux.

M^{me} L..., 21 ans, est enrhumée et tousse depuis plusieurs années, bien que jouissant d'une très bonne santé.

Mucosités fétides dans le nez et le pharynx.

Traitement nasal, le 28 juin 1894, ne tousse plus 4 mois après.

OBSERVATION XXII (personnelle).

Ozène. Pharyngo-laryngite secondaire.

M. L..., 36 ans, instituteur à Paris, a toujours beaucoup mou-
ché. Depuis 4 ans, il est sujet à des maux de gorge et à des acci-
dents vocaux qui l'arrêtent dans ses occupations. Les picote-
ments et les cuissons qu'il éprouve en parlant ou en crachant lui
provoquent des accès de toux pénible. Il a tenté, nous dit-il, tous
les traitements, mais n'a jamais soigné son nez. Nous le voyons
pour la première fois, le 8 mars 1894.

Auscultation. — Rien d'anormal.

Larynx. — Rougeur des cordes vocales inférieures.

Légère vascularisation du bord libre de l'épiglotte.

Pharynx. — Inflammation généralisée. Amygdalite follicu-
laire.

Nez. — Atrophie des cornets. Muqueuse grisâtre et pointillée.
Peu de croûtes, bien qu'il existe de l'ozène.

Après un repos de six semaines, pendant lequel M. L... suit
très rigoureusement le traitement prescrit, notable amélioration.

A la fin de l'année, guérison des phénomènes douloureux de
la gorge et disparition de la toux.

OBSERVATION XXIII (personnelle).

Rhinite atrophique double. Pharyngo-trachéite.

Mlle L..., 38 ans, domestique, n'avait jamais été malade
jusqu'en 1892, époque à laquelle elle commença à mal respirer
par le nez et à moucher abondamment.

Peu de temps après, elle remarqua que sa voix devenait rauque et couverte, en même temps qu'elle souffrait d'une toux pénible et difficile.

Elle fut soignée à ce moment pour une toux nerveuse et prit de fortes doses de bromure de potassium. N'obtenant pas de mieux et éprouvant des maux d'estomac assez forts, elle cessa tout traitement pendant deux ans. Les accidents s'aggravant, la toux principalement s'accompagnant du rejet fréquent de mucosités fétides, elle vient nous consulter le 12 mai 1894.

Rien à l'auscultation.

Peu de chose aux cordes vocales, mais rougeur localisée à la portion supérieure de la trachée.

Pharyngite sèche.

Croûtes infectes dans le nez, dont la muqueuse malade saigne facilement au moindre contact.

De mai à juillet, traitement nasal très rigoureusement suivi. Amélioration sensible des symptômes douloureux.

Au commencement d'août, la malade part avec ses maîtres à la campagne où elle cesse de soigner son nez; bientôt réapparaissent les quintes de toux et les troubles phonateurs absolument identiques aux accidents du début. De retour à Paris, fin octobre, M^{me} L... revient nous demander conseil: outre les signes fonctionnels accusés, nous trouvons à l'examen un état infect rhinopharyngo laryngé.

Rétablissement du traitement abandonné, et amélioration consécutive surtout au point de vue de la toux.

OBSERVATION XXIV (personnelle).

Ozène. *Pharyngo-laryngite*. Toux.

M. L..., 39 ans, nous consulte le 27 mai parce qu'il ne sent

plus les odeurs, parce qu'il a de la sécheresse de la gorge et surtout parce qu'il tousse continuellement depuis 15 jours.

Rien à l'auscultation. Atrophie des cornets inférieurs et croûtes nasales. Pharyngite sèche. Rougeur des rubans vocaux.

Traitement nasal : guérison de la toux.

OBSERVATION XXV (personnelle).

Ozène. Laryngite. Toux spasmodique.

M. P..., 43 ans, souffre du nez et de la gorge depuis 10 ans.

Il mouche abondamment des croûtes énormes et fétides, crache beaucoup et tousse continuellement, quelquefois, nous dit-il, « jusqu'à en perdre haleine. »

Du 20 février au 16 octobre. — Thérapeutique appropriée très rigoureuse (douches nasales et pansements intra-laryngiens). Plus de picotements à la gorge, toux complètement enrayée.

OBSERVATION XXVI (personnelle).

Ozène. Paresthésie du pharynx. Toux.

Mme W..., 48 ans, nerveuse, se plaint de maux de gorge anciens et depuis peu d'une sensation de constriction intermittente.

Le bromure qu'elle a absorbé en grande quantité ne lui a donné que très peu de soulagement.

Le 18 janvier. — Nous débarrassons ses fosses nasales des mucosités qui les remplissent et nous instituons le traitement de la rhinite atrophiante fétide. En avril 1894, toute gêne a disparu dans la gorge et la malade ne tousse plus.

OBSERVATION XXVII (personnelle)

Rhinite atrophique gauche. Laryngite et toux.

Mme Cr..., 41 ans, neuro-arthritique, a toussé il y a 2 ans à la suite d'un refroidissement. Depuis cette époque elle a remarqué que son nez était embarrassé, surtout à gauche, et donnait des sécrétions abondantes. En même temps, il lui semblait qu'elle avait des « peaux dans la gorge » qui la faisaient tousser et cracher, mais qu'elle n'arrivait pas à expulser.

Rien à l'auscultation.

Etat granuleux du pharynx.

Pas de lésions des cordes vocales, mais encombrement mucocroûteux de toute la région glottique.

Du 28 juin au 23 août 1894. — Douches nasales et pansements dans le larynx alternativement avec la solution de chlorure de zinc et l'huile mentholée.

Amélioration consécutive des signes fonctionnels et en particulier diminution de la toux.

OBSERVATION XXVIII (personnelle).

Rhinite atrophique double. Trachéite intense.

Mlle N..., 23 ans, institutrice, a depuis cinq ans de la laryngite professionnelle, par fatigue vocale.

Gêne nasale et moucher très abondant. Toux matinale, crachats difficilement expectorés.

N'a jamais fait aucune médication,

Rien à l'auscultation.

Croûtes nasales et pharyngées (ozène).

Rougeur et épaississement des cordes vocales inférieures, et des premiers anneaux de la trachée.

De juin à décembre 1894. — Traitement nasal et laryngé. Amélioration notable : voix revenue plus claire, croûtes plus rares, toux bien atténuée.

OBSERVATION XXIX (personnelle).

Ozène. Laryngite. Toux.

Mme T..., 44 ans, ne sent plus les odeurs, a des picotements dans la gorge, des enrouements subits, mais de courte durée ; et tousse fréquemment le matin.

Croûtes nasales. Granulations du pharynx. Cordes vocales rouges et chargées de mucosités.

Traitement nasal. Amélioration.

OBSERVATION XXX (personnelle).

Ozène. Pharyngo-laryngite.

M. P..., 39 ans, est atteint d'ozène depuis 4 ans, n'a jamais fait de traitement, et vient en juillet 1894 nous consulter pour une gêne à la gorge et une fatigue vocale constante. A l'examen d'ailleurs, nous constatons un état inflammatoire de ses muqueuses pharyngo-laryngées.

Traitement nasal approprié, fumigations émollientes. Disparition des troubles phonateurs en novembre de la même année.

OBSERVATION XXXI (personnelle).

Ozène. Laryngite spasmodique.

M. L..., 7 ans, que nous examinons au mois d'avril 1894, a de la rhinite atrophique double depuis 2 ans, soigné peu régulièrement. N'avait jamais eu mal à la gorge auparavant, quand dernièrement il se plaignit d'embarras au niveau du larynx avec oppressions spasmodiques.

Le laryngoscope nous fit voir un espace glottique rempli de croûtes nasales.

Sous l'influence d'une médication énergique suivie pendant plusieurs mois, toute sensation de gêne avait disparu et les phénomènes spasmodiques ne s'étaient pas reproduits.

OBSERVATION XXXII (personnelle).

Rhinite atrophique. Laryngite secondaire.

Mlle D..., 16 ans 1/2, a une voix de mezzo-soprano. Ozène il y a 2 ans, soigné et disparu. N'avait jusqu'ici jamais eu mal à la gorge ; depuis un mois, elle est obligée d'arrêter ses leçons de chant parce que sa voix est couverte et quelquefois même complètement éteinte.

Nez. — Atrophie des cornets inférieurs. Mucosités.

Pharynx. — Granulations. Amygdalite lacunaire.

Larynx. — Mucosités épaisses qui s'attachent aux cordes vocales qu'elles empêchent de vibrer dans toute leur étendue.

Rougeur de la muqueuse.

Traitement. — Irrigations nasales salées créolinées, gargarismes boriqués.

Fumigations de goudron.

Pansements intralaryngiens.

Voix claire 4 mois après le début du traitement.

OBSERVATION XXXIII (personnelle).

Ozène. Laryngo-trachéite consécutive.

M. F..., 48 ans, emphysémateux depuis plusieurs années, est affligé d'une rhinite atrophique double type qui s'est compliquée il y a trois mois de raucité de la voix avec picotements de la gorge et toux opiniâtre.

A l'examen, le larynx est encombré de croûtes fétides, et l'on voit nettement qu'il s'en trouve même au-dessous des cordes vocales. La trachée présente à sa partie supérieure et antérieure une coloration rouge et un aspect légèrement vernissé.

Le traitement nasal étant institué, nous faisons trois fois par semaine des pansements endo-laryngiens avec une solution de nitrate d'argent au 1/40 d'abord, puis au 1/20 ensuite.

En six semaines, nous obtenons une amélioration très notable.

OBSERVATION XXXIV (personnelle).

Laryngite avec aphonie, coïncidant avec polypes muqueux des fosses nasales, n'ayant jamais incommodé le malade.

M. J..., 45 ans. arthritique, vient nous consulter le 13 mars 1894 pour une gêne ancienne de la gorge accompagnée de troubles intermittents de la phonation et surtout d'enrouements subits

qui ne durent jamais longtemps, mais se reproduisent volontiers à de courts intervalles. Il ne tousse pas habituellement et ne se plaint pas de mal respirer par son nez.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts âgés, ont eu des rhumatismes.

Antécédents personnels. — Bronchite il y a 18 mois, ayant bien guéri. D'ailleurs à l'auscultation, on ne relève aucun signe spécial.

En ce moment, la voix est légèrement nasonnée et faible, présentant alternativement des caractères de raucité ou de clarté. La gorge, quoique embarrassée, n'est pas douloureuse.

Pharynx. — Pharyngite granulo-vasculaire, dont le malade ne se plaint même pas.

Larynx. — Les deux cordes vocales inférieures sont rouges et hypertrophiées, leur contraction semble complète, sous le contrôle du miroir.

La muqueuse de la glotte inter-cartilagineuse est couverte de petites granulations gris-blanc, très confluentes, qui ressemblent à un épaississement de la région. D'ailleurs, M. J... que nous interrogeons de nouveau, nous déclare nettement qu'il éprouve quelquefois la sensation d'un corps étranger ou d'un morceau de peau à expulser ou à avaler.

Nes. — Pas de gonflement extérieur ; l'air passe relativement bien par les deux fosses nasales, sans y provoquer de réaction particulière.

Au spéculum, on aperçoit des deux côtés des masses polypeuses assez volumineuses, dont l'existence a toujours été ignorée de notre malade qui n'en était pas gêné. Elles siègent d'ailleurs dans le méat moyen, dissimulées par le cornet inférieur. Leur consistance est caractéristique.

Nous instituons le traitement suivant :

Poudre à priser dans la journée.

Pansements intra-laryngiens à l'huile mentholée.

17 mars. — Ablation des polypes des deux côtés et cautérisation des points d'implantation.

26 mars. — Amélioration très notable : la voix est beaucoup moins pénible.

3 avril. — La lumière du nez est complète ; la voix est presque normale, et M. J... n'accuse plus aucune gêne au niveau de la gorge.

25 mai. — Le malade que nous n'avons pas revu depuis 5 à 6 semaines, et qui revient une dernière fois, nous assure qu'il est guéri et que l'état satisfaisant de son larynx date du jour où les polypes du nez ont été enlevés.

OBSERVATION XXXV (personnelle).

Polypes muqueux de la narine gauche. Dégénérescence polypoïde du cornet inférieur droit. Epine de la cloison. Troubles respiratoires asthmatiformes.

Mme P..., 58 ans, se porte bien, quoique rhumatisante, est sujette depuis quelque temps à des étouffements qui datent de 10 ans, mais ne s'étaient jamais reproduits aussi fréquemment que dans ces derniers jours.

En 1884, Mme P..., qui se plaignait déjà d'oppressions, a été opérée d'un polype de la fosse nasale gauche. Cette première intervention fut suivie d'une sensible amélioration qui s'est prolongée jusqu'à il y a 5 ans.

Depuis cette époque, la malade a toujours eu une grande susceptibilité du côté des voies nasales ; rhumes de cerveau faciles, éternuements répétés et pénibles, respiration nasale incomplète. En même temps, le sommeil, d'abord calme, s'est trouvé agité

et interrompu par une sensation de sécheresse à la gorge, précédant l'apparition d'accès de suffocations nocturnes, généralement courts, accompagnés de toux et d'expectorations.

Antécédents personnels. — Plusieurs attaques de rhumatisme articulaire.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts âgés, n'étaient pas asthmatiques.

Examen. — Pharynx et larynx normaux.

Nez. — Odorat atrophié.

La sensibilité de la muqueuse au contact du stylet est supérieure à la normale.

A gauche. — Gros polype muqueux remplissant tout le méat moyen et dissimulant en partie le cornet inférieur qu'il surplombe.

La tumeur est si volumineuse qu'elle arrive non loin de l'orifice antérieur.

A droite. — Epine de la cloison qui rétrécit en avant la lumière de la cavité; en arrière, du même côté, dégénérescence polypoïde de la muqueuse du cornet inférieur qui est hypertrophié.

L'aspect général est humide, de coloration gris rosé, les tissus sont mous et facilement déprimés.

Le 27 septembre. — Ablation au serre-nœud du polype, et cautérisation de son point d'implantation.

Lavages boriqués consécutifs, et poudre antiseptique.

Le 30 octobre. — Mme P... constate déjà moins de gêne de son nez et elle avoue qu'elle est moins oppressée.

Le 3 octobre. — Ignipuncture linéaire de la queue du cornet inférieur droit. Destruction au galvano-cautère de l'épine de la cloison.

Le 17 octobre. — Les deux fosses nasales sont aujourd'hui complètement perméables et la respiration se fait librement.

Le 4 novembre. — Etat normal des fosses nasales.

Les éternuements et la toux ont disparu, et la malade n'a pas eu de suffocations nocturnes depuis le 26 septembre.

OBSERVATION XXXVI (personnelle).

Rhinite hypertrophique double. Dégénérescence polypoïde.
Phénomènes de suffocations.

Mme P..., 29 ans, ménagère, est une nerveuse.

Depuis 3 ans, elle est sujette à des rhumes de cerveau fréquents qui la fatiguent beaucoup rendant difficile sa respiration par le nez et amenant ainsi indirectement des accès dyspnéiques inquiétants. C'est généralement quelques heures après s'être couchée bien portante qu'elle est subitement réveillée par une gêne respiratoire avec oppressions angoissantes. Ses fosses nasales comme obstruées ne sont plus impressionnées par la température extérieure. Elle ouvre alors la fenêtre de sa chambre pour laisser pénétrer dans ses voies aériennes l'air plus frais du dehors qui semble la calmer ; une sueur froide la couvre, elle éternue fréquemment et mouche un mucus clair et abondant, la respiration devient bruyante et la malade commence à tousser ; en même temps elle expectore des petits crachats spumeux et grisâtres d'aspect particulier. Puis tout rentre alors dans l'ordre, jusqu'à ce qu'une nouvelle crise éclate, quelquefois dans la même nuit, plus souvent le lendemain ou les jours suivants.

En dehors de cela, Mme P... s'enrhume très facilement et ne peut faire un grand effort ni fournir une longue marche sans fatigue.

Antécédents héréditaires. — Mère vivante, en bonne santé.
Père mort de la goutte ?

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade jusqu'en

novembre 1891, époque du début des malaises qui l'amènent à venir nous consulter en janvier 1894.

A l'auscultation, nous ne trouvons rien au cœur ; quelques râles sonores et humides dans la poitrine, avec une légère diminution du murmure vésiculaire.

Pharynx et larynx. — Normaux.

Nez. — Rhinite hypertrophique généralisée à toute la muqueuse des cornets moyen et inférieur des deux côtés, qui viennent presque au contact de la cloison médiane.

La pituitaire est rouge et congestionnée. A gauche, principalement, dégénérescence polypoïde de la muqueuse du cornet moyen qui est considérablement augmenté de volume.

La sensibilité de la membrane de Schneider à la cocaïne est telle qu'il nous est arrivé dans une de nos séances à la clinique d'arrêter chez Mme P... un accès d'éternuement tenace par de simples badigeonnages avec une solution au vingtième.

Nous instituons le traitement suivant :

Irrigations nasales boriquées tièdes.

Vaseline mentholée.

Potion iodo-bromurée à 15/300 (deux cuillerées à soupe par jour).

5 février 1894. — Cautérisations de la narine gauche ; pansement de la narine droite à l'huile mentholée.

7 février 1894. — Il s'est produit, la nuit précédente, une très courte suffocation. La malade cependant trouve son nez déjà dégagé et en éprouve un réel soulagement.

Ignipuncture des cornets moyens et inférieurs droits.

13 février 1894. — L'amélioration persiste : dans ces derniers huit jours, la malade n'a pas eu de nouvelle crise, « ce qui ne lui est pas arrivé depuis 3 ans. »

Si son nez ne coulait pas avec une telle obstination, elle se croirait volontiers guérie.

Nous lui conseillons l'emploi d'une poudre à priser, renfermant du menthol et de l'acide borique pulvérisés.

26 février. — Respiration nasale libre des deux côtés, et surtout à gauche.

Nouvelle cautérisation à droite (pansement à la vaseline cocaïnée).

3 mars. — Le mieux continue. Plus d'accès nocturnes d'étouffement.

A l'auscultation, les signes thoraciques sont moins nets ; à peine trouve-t-on encore à l'expiration quelques râles sibilants.

30 mars. — Pendant presque un mois entier, la malade est restée absente de la clinique ; et durant ce temps, elle s'est très bien portée, nous dit-elle, malgré un très court malaise d'oppression qui lui est survenu la veille, et qu'elle a arrêté grâce à la pommade mentholée qu'elle a de suite introduite dans ses cavités nasales.

Depuis cette époque jusqu'à la fin de juillet, nous achevons le traitement du nez de Mme P... qui nous quitte au commencement d'août en parfaite santé et que nous n'avons pas revue.

OBSERVATION XXXVII (personnelle).

Polypes muqueux des fosses nasales.

Asthme nasal.

M. D..., 69 ans, n'a jamais eu d'autres maladies que des douleurs articulaires dans les membres inférieurs.

Depuis 4 mois, il est gêné pour respirer, la nuit surtout : son nez se bouche alternativement, suivant le côté sur lequel il s'endort, et cette sensation pénible réveille le malade soudainement en plein sommeil. Il lui semble que sa « poitrine se resserre » ;

il éprouve de la difficulté à parler, les mots sont brefs et entrecoupés.

La face rouge, le visage couvert de sueur abondante, il s'arc-boute dans la position la plus favorable à sa respiration. Ces accès de durée courte en général se sont reproduits plusieurs fois dans une même nuit, il en résulte depuis quelques jours des insomnies complètes qui affaiblissent le malade. Sur l'avis de son médecin, il vient, le 5 janvier 1894, nous consulter à la clinique.

A l'auscultation. — Nous trouvons de gros râles ronflants dans la poitrine, avec une expiration longue et rude.

M. D... ne tousse pas et ne se plaint pas d'essoufflement dans la journée.

Larynx. — Normal.

La voix pourtant est couverte et a le timbre nasonné.

Pharynx. — Rougeur des piliers et de la paroi postérieure. Maux de gorge d'ailleurs fréquents.

Nez. — Polypes muqueux multiples des deux côtés, ne laissant passer que peu d'air par chaque narine, quand on fait alternativement souffler le malade à droite et à gauche. Un mucus filant abondant recouvre toute la pituitaire.

Nous faisons une première prise à droite, et nous cautérisons ensuite, le malade saignant beaucoup, nous faisons un tamponnement provisoire après avoir touché la région avec la solution d'antipyrine.

Chez lui, M. D... devra faire des irrigations nasales tièdes, et priser une poudre d'acide borique et de talc, à parties égales.

10 janvier. — Ablation de plusieurs polypes à gauche, ignipuncture consécutive. Epistaxis.

Quoique déjà moins enchifré, le malade n'éprouve pas encore un grand soulagement.

14 janvier. — Amélioration appréciable, malgré une nouvelle

suffocation nocturne depuis la dernière séance, qui a forcé M. D... à se lever quatre fois dans la même nuit, l'accès se reproduisant avec le décubitus dorsal.

A droite nous enlevons de tout petits polypes siégeant dans l'angle, près de la voûte, où nous promenons superficiellement le galvano-cautère. Moins d'écoulement de sang.

20 Janvier. — Respiration nasale plus libre. Pas de nouvelle crise depuis huit jours entiers, le sommeil est calme et ininterrompu.

Cautérisation des deux cavités, qui apparaissent complètement dégagées.

16 février. — Depuis près d'un mois, M. D... n'est pas revenu à la clinique.

A l'examen, les fosses nasales sont normalement perméables. La sensation de plénitude ne s'est pas reproduite, ni les troubles respiratoires.

A l'auscultation, les signes thoraciques ont également disparu.

Nous avons des nouvelles de M. D... toutes les semaines à peu près, par un de ses parents en traitement à la clinique et nous apprenons avec satisfaction que les accidents anciens n'ont plus reparu et que notre malade se porte bien.

OBSERVATION XXXVIII (personnelle).

Rhinite hypertrophique double. Toux. Suffocations nocturnes.

M. P., 32 ans, est née de parents rhumatisans et rhumatisante elle-même ; depuis 9 ans, elle se soigne pour de l'asthme, elle a absorbé de hautes doses d'iodure de potassium et de sodium, sans en éprouver aucun soulagement : elle est toujours sujette aux

mêmes crises nocturnes, qui se terminent généralement par des quintes de toux « déchirantes » qui sont vraiment très douloureuses.

Elle vient à la clinique le 22 mai 1894, s'étant aperçue, quelques jours avant, qu'il lui est difficile de respirer par le nez, ce qui trouble encore davantage son sommeil.

Antécédents héréditaires. — Arthritisme dans la famille. Mais pas d'asthmatiques.

Antécédents personnels. — N'a fait aucune maladie.

Actuellement, outre les suffocations nocturnes, M. P... éprouve des picotements à la gorge, mouche beaucoup, n'a presque plus d'odorat, et s'enroue très facilement.

Auscultation. — Inspiration et expiration normales.

Rougeur du pharynx.

Nez. — Hyperhémie et gonflement de la membrane de Schneider. Au contact du stylet, elle se laisse facilement déprimer, pour devenir, immédiatement après, plus rouge, plus tendue, plus tuméfiée.

Augmentation du volume des cornets inférieurs, qui touchent presque à la cloison.

Traitement. — Douches nasales. Vaseline mentholée.

Poudre à priser. Ignipuncture.

Juin 1894. — Amélioration, respiration nasale plus franche, toux moindre.

Juillet. — Pas de nouvel accès depuis six semaines ; il est vrai que le nez aujourd'hui fonctionne normalement.

Août. — La malade ne tousse plus du tout et les suffocations nocturnes ne se sont pas reproduites.

OBSERVATION XXXIX (personnelle).

Déviations de la cloison à gauche. Hypertrophie du cornet inférieur droit. Sténose nasale. Toux et suffocations.

M. N..., 7 ans, bonne santé, né de parents bien portants, dort la bouche ouverte parce qu'il ne respire pas suffisamment par le nez. La nuit il est sujet à des quintes de toux ou à des suffocations courtes mais répétées qui l'empêchent de dormir.

Nous le voyons pour la première fois le 10 juillet 1894.

Nous ne trouvons rien à l'auscultation dans la poitrine.

Pharynx. — Granuleux et rouge.

Le rhino-pharynx est libre aussi bien au miroir qu'au toucher.

Néz. — Atrésie apparente des narines.

A la partie antérieure, la cloison est notablement déviée à gauche, elle repose presque sur le cornet inférieur correspondant.

A droite, le cornet symétrique est tellement augmenté de volume qu'il vient combler la dépression opposée que lui offre la cloison rejetée à gauche. La muqueuse présente l'aspect d'une dégénérescence polypoïde, de coloration gris pâle, de consistance friable.

Abondant mucus recouvrant toute la surface de la membrane de Schneider.

Traitement. — Antisepsie des fosses nasales.

Cautérisation du cornet hypertrophié.

Redressement progressif de la cloison déviée.

26 juillet. — Un seul accès de suffocation depuis 15 jours, diminution sensible de la toux.

7 août. — L'amélioration continue : l'enfant lui-même nous déclare qu'il ne tousse plus du tout et qu'il dort bien.

18 août. — Etat stationnaire : pas de nouveaux troubles respiratoires nocturnes.

Nous n'avons pas revu notre petit malade.

OBSERVATION XL (personnelle).

Rhinite hypertrophique. Epine double de la cloison. Polypes muqueux. Troubles respiratoires : toux.

M. L..., 27 ans, a toujours mal respiré par le nez, surtout aux époques humides de l'année. Sujet aux enrouements prolongés, il tousse sans cracher.

Un coryza permanent lui donne des maux de tête et des migraines dont l'antipyrine ne peut le débarrasser. Le besoin constant de moucher nécessite à la longue des efforts qui ont donné lieu à une hyperesthésie tympanique douloureuse.

Notre client n'a jamais été malade.

Pharynx. — Rhino-pharyngite. Rougeur. Mucosités.

Nez. — Diminution de la lumière du nez par l'hypertrophie des cornets et du plancher d'une part, par la présence d'une double épine de la cloison d'autre part. Le stylet sans être chargé n'est que difficilement introduit d'un côté et de l'autre.

En déprimant avec le spéculum les cornets inférieurs congestionnés, on aperçoit dans le méat moyen et surtout à droite de gros polypes muqueux qui se sont, pour ainsi dire, moulés sur la muqueuse anfractueuse qui les supporte et sont ainsi dissimulés, à première vue, derrière la grosse masse des cornets inférieurs hypertrophiés.

Traitement. — Antisepsie des fosses nasales.

Ablation des polypes.

Cautérisation des cornets malades.

Destruction des épines au galvano-cautère.

10 avril. — La narine droite est la première débarrassée et de suite M. L... en éprouve un réel soulagement.

22 avril. — La respiration nasale est presque normale ; la toux s'apaise et la voix redevient plus nette.

10 mai. — La muqueuse pituitaire est cicatrisée : le rhume de cerveau est enrayé, la respiration par le nez est facile et pleine. Notre malade nous dit que nous avons « débarrassé sa poitrine en débarrassant son nez ».

Nous revoyons M. L... en novembre dernier, et il insiste sur ce fait que depuis le traitement de ses affections nasales il a vu disparaître les enrouements et la toux qui le fatiguaient depuis si longtemps.

OBSERVATION XLI (personnelle).

Dégénérescence polypoïde. Petits polypes muqueux. Troubles respiratoires anciens.

Mlle M..., 18 ans, n'a jamais toussé, mais depuis 2 ans qu'elle a une sensation de plénitude dans ses fosses nasales elle est gênée pour respirer et la nuit quelquefois elle se réveille en sursaut, la gorge sèche, en proie à des oppressions pénibles, mais de courte durée.

Pharynx. — Rhino-pharyngite ; mucosités nasales.

Légère hypertrophie de l'amygdale gauche.

Rien dans le cavum.

Nez. — La fosse nasale droite est bouchée au niveau du cornet moyen, dont la partie postérieure hypertrophiée présente un aspect gris-rosâtre ; la muqueuse à ce niveau semble ramollie.

Des petits polypes surplombent du même côté le cornet malade.

A gauche, même état de la muqueuse du cornet symétrique, en dégénérescence polypoïde.

Un mucus abondant et incolore revêt toute la surface et force la malade à se moucher souvent.

Traïement. — Ablation des polypes.

Cautérisation de la muqueuse augmentée de volume.

Antisepsie des fosses nasales prolongée.

Le 13 mai, c'est-à-dire trois semaines après la première intervention, les fosses nasales sont parfaitement dégagées, et la malade n'a plus éprouvé les troubles de suffocation qui l'ont forcée à consulter.

OBSERVATION XLII (personnelle).

Hypertrophie double des cornets inférieurs. Toux opiniâtre.

Mlle T..., 14 ans, est une anémique ; elle tousse depuis plusieurs mois et est sujette simultanément à des altérations de la voix.

Sa toux quinteuse, sans expectoration, a résisté aux médications calmantes en usage.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère sont en bonne santé et ne toussent pas.

Antécédents personnels. — N'a jamais fait de maladie.

A l'auscultation on trouve au cœur un léger souffle et aux vaisseaux du cou le signe stéthoscopique ordinaire des anémiques.

Rien aux poumons, minutieusement examinés.

Pharynx. — Amygdalite lacunaire peu intense. Lésions de rhino-pharyngite : mucosités nasales sur la paroi postérieure.

Larynx. — Normal.

Nez. — Mlle T... respire mal par le nez qu'elle ne croit pas libre. Sa bouche toujours ouverte reçoit l'air froid qui impressionne sa gorge et amène la toux.

Les deux cornets inférieurs sont volumineux, rouges et luisants dans toute leur étendue.

La muqueuse saigne facilement et présente au contact une consistance molle.

Traitement. — Cautérisation des cornets au galvano-cautère. Douches nasales antiseptiques.

Au bout de deux mois, notre malade, qui ne tousse plus du tout, a recouvré la perméabilité complète de ses fosses nasales.

OBSERVATION XLIII (personnelle).

Épine de la cloison à droite. Hypertrophie du cornet inférieur gauche. Troubles de la respiration.

Mlle O..., 15 ans, vient nous voir le 15 novembre 1894, parce qu'elle ne peut pas moucher, qu'elle a toujours mal à la gorge et qu'elle respire très difficilement, la nuit surtout.

Pharynx. — Sécheresse et rougeur de la muqueuse.

Rien dans le rhino-pharynx.

Nez. — À droite, grosse épine de la cloison.

À gauche, gros cornet inférieur.

D'où sténose des deux cavités nasales.

17 novembre. — Ignipuncture linéaire à gauche.

Réduction du cornet, à la suite de laquelle la respiration de ce côté se rétablit, surtout après la chute de l'eschare.

24 novembre. — Résection de l'épine droite.

Amélioration rapide dans l'état général.

La malade, 25 jours après, dort bien et respire librement. Elle ne se plaint plus de sa gorge autrefois douloureuse.

OBSERVATION XLIV (personnelle).

Epine de la cloison à gauche. Déviation à droite. Symptômes respiratoires.

M. C..., 11 ans, a reçu en jouant un coup de poing sur le nez, il y a deux ans. Depuis ce temps, il a commencé à éprouver de la difficulté de la respiration nasale qui s'est accentuée, et le force à avoir la bouche ouverte, la nuit surtout. De rares accès d'étouffements nocturnes complètent le tableau.

Rien à l'auscultation. Bonne santé.

Pharynx. — Normal, bien que la voûte soit un peu ogivale, le rhino-pharynx est entièrement libre au toucher.

Nez. — Extérieurement, déformation du squelette ; élargissement des os propres à la base du nez.

Intérieurement : à droite, la déviation intéressant seulement la portion cartilagineuse de la cloison, celle-ci, au niveau de ses connexions osseuses, apparaît comme luxée.

A gauche : en face du cornet inférieur, saillie allongée qui encombre le méat inférieur et se continue en arrière sur la cloison osseuse suivant une direction légèrement ascendante.

A peine, de ce côté, peut-on pénétrer avec le stylet, en déterminant une forte douleur.

Traitement. — Antisepsie des fosses nasales, puis huit jours après, résection de l'épine gauche avec la scie. Hémorrhagie légère, pansement boriqué. La narine droite est dégagée par des cautérisations.

20 octobre. — Trois semaines après l'intervention, la cicatrisation étant complète, nous constatons un élargissement considérable des deux cavités et une perméabilité suffisante pour éviter de nouveaux troubles respiratoires. D'ailleurs ceux-ci ne se sont

pas reproduits depuis le début du traitement, et pendant un mois, nous revoyons notre petit malade qui mouche, souffle et aspire par son nez, comme s'il n'avait jamais rien eu.

20 décembre. — Cloison égalisée des deux côtés, la bouche reste aujourd'hui fermée sans inconvénient ; la respiration nasale est normale et les crises nocturnes ont totalement disparu.

OBSERVATION XLV

Polypes muqueux. Hypertrophie du cornet inférieur gauche. Troubles respiratoires. Toux.

M. D..., 56 ans, est affligé d'un rhume de cerveau rebelle à toute médication depuis 6 mois.

Un mucus abondant s'écoule sans cesse de ses fosses nasales et cependant il éprouve une difficulté pour respirer par le nez, telle qu'il est obligé de garder la bouche presque toujours ouverte, ce qui le fatigue beaucoup, irrite son pharynx et provoque une toux sèche depuis deux mois surtout.

M. D... a toujours joui d'une excellente santé et ne présente à l'auscultation aucun symptôme de bronchite ou d'emphysème. Il n'est pas fumeur.

Pharynx. — Inflammation généralisée.

Rougeur diffuse.

Nez. — *A gauche* : Le cornet inférieur est sensiblement augmenté de volume ; et au-dessus de lui on voit de nombreuses masses polypeuses qui remplissent toute la cavité.

A droite. — Calibre antérieur conservé, le cornet est normal. Plus haut, polypes qui sont de ce côté aussi une cause d'atrésie de la fosse nasale.

6 novembre. — Ablation au serre-nœud de tous les polypes

des deux côtés. Cautérisation des surfaces d'empreinte, jusque sur la voûte.

13 novembre. — Réduction du cornet gauche hypertrophié au galvano-cautère.

Déjà la respiration par le nez commence à se rétablir et la toux diminue.

27 novembre. — Lumière normale des deux cavités ; respiration nasale complète ; sensation de bien-être.

Le pharynx simultanément traité n'a plus son aspect pathologique et le malade ne tousse plus du tout.

OBSERVATION XLVI (personnelle).

Rhinite hypertrophique double. Troubles respiratoires.

Mlle B..., 15 ans, est une nerveuse, mais a toujours joui d'une bonne santé. Depuis longtemps, elle respire mal par le nez, elle dort la bouche ouverte et se réveille en sursaut en proie à des crises d'étouffement passagères, mais douloureuses.

Nous la voyons, pour la première fois, le 2 octobre 1894.

Pharynx. — Normal.

Nez. — Obstruction presque complète des deux orifices antérieurs. Aspect rouge-vif. Consistance ferme due à l'extrême congestion des tissus qui donnent facilement du sang au seul contact du stylet moussé.

Peu ou pas de mucosités, quoique le malade ne mouche que rarement.

Traitement nasal antiseptique. Ignipuncture.

10 octobre. — Le nez est déjà dégagé, au point de permettre l'introduction facile du stylet chargé. La muqueuse moins sensible ne saigne plus comme avant.

Pas de crise nouvelle d'étouffement en ces huit derniers jours.

15 novembre. — L'amélioration persiste : le nez fonctionne bien maintenant et les troubles respiratoires ont cessé complètement.

OBSERVATION LXVII (personnelle).

Polypes muqueux. Troubles respiratoires. Suffocations.

M. M..., 33 ans, vient nous consulter en janvier 1894 pour un « catarrhe nasal ancien », dont il ne peut se guérir, quoique ayant déjà tenté plusieurs traitements.

Aux époques froides et humides, il tousse et éprouve une gêne respiratoire qui le fatigue, surtout quand elle se traduit par de l'oppression et de la dyspnée.

Antécédents personnels. — N'a jamais eu de maladie pulmonaire.

Etat actuel. — Enchifrènement du nez en permanence. Moucher abondant. Dort bouche ouverte et ronfle la nuit.

Accès de suffocation à toute heure ; le malade a la sensation de l'arrêt subit de la respiration, « l'air lui manque », et il lui semble qu'il va étouffer.

Auscultation. — Légère diminution du murmure vésiculaire aux deux bases. Inspiration brève et « humée ». Expiration au contraire rude et prolongée.

A la percussion, on trouve un peu d'exagération de la sonorité avec tonalité grave, rappelant le bruit obtenu en frappant sur une boîte de carton.

Nez. — Polypes muqueux multiples dans les deux cavités.

Pharynx. — Rougeur de la muqueuse, et au toucher état granuleux du rhino-pharynx.

Traitement. — Ablation des polypes au serre-nœuds et cautérisations consécutives.

Irrigations et poudres nasales antiseptiques.

Quinze jours après l'intervention, M. M... se trouve soulagé ; il n'a d'ailleurs pas eu de nouvelle crise.

Nous l'auscultons de nouveau à ce moment et nous notons une atténuation sensible des symptômes thoraciques signalés au début.

En mars l'amélioration continue : respiration nasale libre, toux complètement enrayée, plus de suffocation.

Malheureusement depuis cette époque, M. M... a quitté Paris et nous n'avons plus eu de ses nouvelles.

OBSERVATION LXVIII (personnelle).

Rhinite hypertrophique double. Troubles respiratoires.

Bronchite.

M. V..., 7 ans, né de parents vivants et bien portants, n'a jamais été malade. Il y a 10 mois, sans cause connue, il s'est plaint de mal respirer par le nez, et cette difficulté d'abord légère est allée en s'accroissant ; de plus, depuis 3 mois 1/2 environ, elle coïncide avec une sécheresse de la gorge très pénible et une toux opiniâtre que n'ont pu faire cesser toutes les potions calmantes ordinairement en usage.

Auscultation. — En avant et en arrière, quelques sifflements ; respiration rude et bruyante.

A la percussion, nous ne trouvons aucune trace de ganglions profonds compressifs.

Ex'érieurement, pas d'adénite.

Pharynx. — Grosses amygdales n'entravant pas la déglutition qui se fait normalement.

Nez. — Augmentation de volume des deux cornets inférieurs, dont la muqueuse enflammée est recouverte d'un mucus filant et abondant.

Au stylet, sensibilité normale.

Quoique les odeurs impressionnent assez vivement la région olfactive, ils ne déterminent pas cependant des réflexes symptomatiques dont il faille tenir compte.

Traitement antiseptique du nez et du pharynx.

Amygdalotomie double.

Galvano-cautérisation des deux cornets.

23 octobre. — Amélioration très rapide ; perméabilité des fosses nasales. Disparition presque complète de la toux quinteuse.

A l'auscultation, plus aucun signe.

6 décembre. — Egalisation au galvano-cautère des surfaces de la muqueuse traitées. Lumière normale des fosses nasales, respiration pleine et régulière ; l'enfant n'a pas retoussé depuis la dernière fois.

Vu par le Président de thèse,

TERRIER

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

